1re Année N° 2. 15 Décembre 1910

Archives de Doyen

Revue Médico-Chirurgicale Illustrée

Paraissant le 15 de chaque mois

E. DOYEN
J. BOUCHON — R. DOYEN

SOMMAIRE

I. — Anatomie topographique chirurgicale :

II. — Technique opératoire :

III. — Clinique chirurgicale :

IV. — Clinique médicale :

V. — Actualités :

PARIS

REDACTION & ADMINISTRATION
Institut Doyen, 6, rue Piccini

A. MALOINE, EDITEUR
25-27, Rue de l'Ecole de Medecine

1910

1re ANNÉE N° 2. 15 DÉCEMBRE 1910

ARCHIVES DE DOYEN

SOMMAIRE

ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE CHIRURGICALE

Région rolandique.

La topographie crânio-encéphalique chirurgicale est, d'après notre définition, l'étude des rapports précis des diverses parties de l'encéphale avec les parties molles qui recouvrent la boîte crânienne. Après avoir décrit le volet anatomique qui permet d'avoir accès sur l'artère méningée moyenne, nous allons

entreprendre la description des volets ostéo-cutanés que le chirurgien devra pratiquer pour découvrir la scissure de Rolando.

Les rapports des scissures avec la surface crânienne ont fait l'objet de nombreux travaux. Nous rappellerons que les tumeurs de la zone rolandique peuvent occuper le pied des trois circonvolutions frontales, la frontale ascendante et la pariétale ascendante. L'on sait qu'elles produisent au début des convulsions connues sous le nom d'épilepsie jacksonienne, puis ultérieurement des paralysies du mouvement et des phénomènes d'anesthésie qui peuvent porter sur les membres supérieur ou inférieur du côté opposé. Si elles occupent le pied de la troisième circonvolution frontale gauche, ces tumeurs donnent lieu à de

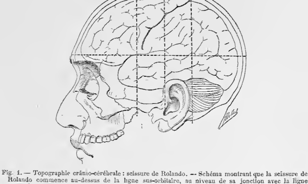


Fig. 1. — Topographie crânio-cérébrale : scissure de Rolando. — Schéma montrant que la scissure de Rolando commence au-dessus de la ligne sus-orbitaire, au niveau de sa jonction avec la ligne verticale médio-zygomatique et qu'elle se termine à la jonction de la ligne verticale rétro-mastoïdienne et de la suture sagittale. La ligne bi-auriculaire la croise à sa partie moyenne.

l'aphasie. Si, au contraire, elles intéressent le pied de la deuxième frontale, on observe de l'agraphie. Il est donc très utile pour le chirurgien de connaître d'une façon très précise les rapports de la zone rolandique, non pas, avec les sutures du crâne, mais avec les parties molles de la tête. Quand un chirurgien opère, il a en général sur la table d'opérations non pas un squelette crânien, mais une tête. Nous étudierons systématiquement la projection de ces différentes régions sur les parties molles péricrâniennes et nous prendrons pour repères des organes visibles comme les yeux, les oreilles, le conduit auditif externe, ou des régions osseuses facilement perceptibles sous la peau, comme la mastoïde, l'apophyse orbitaire externe, la protubérance occipitale externe. Nous ne parlerons pas des procédés de Lucas Championnière, de Poirier ou de Broca dont la précision à déterminer un point rolandique inférieur ou un point rolandique supérieur était très utile, lorsque la chirurgie crânio-cérébrale consistait à faire des trépanations. Nous

simplifierons plus encore. Nous nous attacherons à préciser la description du volet anatomique qui permettra d'avoir accès sur la scissure de Rolando et sur la région pararolantique.

D'après nos recherches, une ligne perpendiculaire au plan sagittal médian passaut par les 2 conduits auditifs externes, coupe à sa partie moyenne la scissure de Rolando. Le point rolaudique supérieur se trouve sur la suture sagittale à l'extrémité d'une ligne dite rétro-mastoïdienne qui passe à 1 centimètre en arrière du bord postérieur de la mastoïde. Son extrémité inférieure se trouve au point de jonction d'une ligne verticale dite médio-zygomatique, passant à égale distance

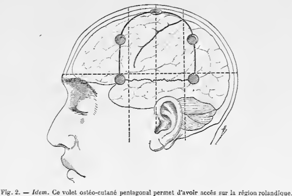


Fig. 2. — *Idem.* Ce volet ostéo-cutané pentagonal permet d'avoir accès sur la région rolandique.

de la queue du sourcil et du conduit auditif externe et de la ligne horizontale sus-sourcillière. La connaissance de ces trois lignes parallèles et de la ligne horizontale sus-orbitaire va nous permettre de préciser les limites du volet ostéo-cutané utile pour l'abord anatomique complet de toute la région rolandique, c'est-à-dire du pied des trois premières frontales, de la frontale ascendante et de la pariétale ascendante. Ce volet aura la forme d'un pentagone dont les cinq orifices à la fraise seront placés comme nous allons le préciser.

Il faudra faire une incision en fer à cheval qui partira d'un point situé à égale distance de la queue du sourcil et du conduit auditif externe en se tenant au-dessus du plan sourcillier; elle se dirigera vers la ligne médio-sagittale pour venir se terminer en arrière en un point symétrique au début de l'incision par rapport au plan bi-auriculaire. Le premier trou de fraise sera pratiqué dans l'extrémité antérieure de cette incision cutanée. Le deuxième trou de fraise sera pratiqué à égale distance du plan médio-sagittal et du premier trou de fraise. Le troisième trou de fraise sera fait un peu en dehors du plan médio-saggital exactement sur la ligne bi-auriculaire. Les quatrième et cinquième orifices seront symétriques

anx premier et deuxième orifices par rapport an plan bi-anriculaire. On anra ainsi nn volet osseux pentagonal an centre duquel se tronveront les régions rolandique et para-rolandique les plus importantes. L'on remarquera que ponr les déterminer, il sera inntile au moment de l'opération d'aller chercher un mètre à ruban on une carte de visite ni même nn crayon dermograpbe et de placer des points de repère qu'un aide maladroit enlèverait an moment opportun. Un chirurgien tant soit pen exercé déterminera donc rapidement par ce procédé, l'incision et le volet ostéo-cutané nécessaires ponr permettre un abord facile d'une tumenr de la région rolandiqne.

J. P. B.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Technique générale de l'abord des cellules mastoïdiennes par le procédé de Doyen.

(*Instrumentation à main*).

L'évidement des os et les opérations snr les sinus de la face et sur les cellules mastoïdiennes relèvent d'une même technique, que réalise l'instrnmentation à main de Doyen.

En effet, qu'il s'agisse d'aborder nne cellule mastoïdienne on *l'antre d'High-*

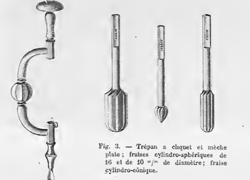


Fig. 3. — Trépan à cliquet et mèche plate ; fraises cylindro-sphériques de 16 et de 10 m/m de diamètre ; fraise cylindro-cônique.

more, la même technique doit être appliquée, car ces deux régions différentes au point de vue de l'anatomie topographique sont identiqnes au point de vue de l'anatomie topographique chirurgicale. Il faut atteindre dans l'un et l'autre cas des diverticules de la face situés dans le massif osseux ou dans l'épaisseur de la

boîte crânienne. Les parois peuvent avoir plus ou moins de résistance : elles peuvent être plus ou moins épaisses, mais elles sont toujours constituées par du tissu osseux : ce tissu osseux est particulièrement dur dans l'apophyse mastoïde, il est lamelliforme, très fragile au niveau des cellules mastoïdiennes; il est très résistant autour des sinus frontaux. L'instrumentation qui réalise l'évidement osseux permettra d'avoir accès dans ces régions en usant par approche lente et successive les parois osseuses que l'on veut effondrer. D'autre part, il fallait réaliser une instrumentation qui permette de ne pas blesser les organes voisins. En évidant la mastoïde, il faut éviter d'aller blesser le sinus latéral et la dure-mère cérébelleuse. En évidant les cellules frontales, il faut éviter de perforer la dure-mère frontale. Enfin en évidant le sinus sphénoïdal, il faut prendre soin de ne pas léser les organes de l'endo-crâne. L'instrumentation de Doyen permet d'éviter ces accidents.

Dans ces régions il faut donc proscrire systématiquement l'emploi des ciseaux



Fig. 4. — Abord de la caisse du tympan par la voie mastoïdienne. Attaque de l'apophyse mastoïde avec la mèche plate.

à froid et du marteau. Ces instruments, même maniés par des mains expérimentées peuvent toujours par une échappée inattendue s'enfoncer dans la profondeur et occasionner des désordres irrémédiables.

L'instrumentation de Doyen comporte un trépan à cliquet et un porte-outil muni d'une mèche plate; un jeu de fraises coniques de 8 et 12 millimètres de diamètre, un jeu de fraises cylindro-sphériques de 8, 12 et 16 millimètres de diamètre, une tige supplémentaire spéciale servant d'allonge pour l'évidement des sinus frontal, ethmoïdal et sphénoïdal.

1° Abord des cellules mastoïdiennes.

L'évidement de l'apophyse mastoïde est indiqué dans les cas d'inflammation aiguë ou chronique des cellules mastoïdiennes. La consistance du tissu osseux peut varier considérablement : ainsi chez les enfants, dans l'inflammation aiguë, l'apophyse se laisse effondrer à la rugine, et l'on peut en maniant prudemment la curette évider complètement les cellules mastoïdiennes, comme on peut le faire



Fig. 5. — Evidement de l'apophyse mastoïde avec le trépan à cliquet et la fraise cylindro-sphérique de $16^{m}/^{m}$.

dans les laboratoires sur des mastoïdes décalcifiées comme il nous est arrivé de le faire maintes fois pour faire des préparations mettant en évidence le nerf facial et le sinus latéral.

Chez l'adulte, le plus habituellement, les lamelles osseuses externes présentent une certaine résistance et dans les cas d'inflammation chronique, l'on rencontre fréquemment une apophyse très éburnée.

Après avoir fait une incision rétro-auriculaire de 5 centimètres, on met à nu

avec la rugine l'apophyse mastoïde et le bord postérieur du conduit auditif externe La mèche plate est montée sur le trépan à cliquet et l'on entame avec précantion les lamelles osseuses superficielles. L'os doit être perforé avec une grande légèreté de main, à 6 ou 8 millimètres en arrière de la partie moyenne du bord postérieur du conduit auditif externe. Dès que la mèche plate a pénétré de 4 à 5 millimètres, on la remplace par la fraise cylindro-sphérique de 16 millimètres et l'on poursuit avec la même précaution et la même légèreté de main la perforation progressive de l'os. L'on arrive, en quelques instants, à la paroi du sinus que repousse sans la blesser le pôle presque mousse de la fraise.

On fait la toilette de la plaie. On dirige alors la fraise en haut et en avant vers l'antre mastoïdien dans la direction de la bosse frontale moyenne.

Le pus et les fongosités sont extraits à la curette. L'opération est faite ainsi



Fig. 6. — Deuxième coup de fraise dirigé obliquement en haut, puis en avant pour atteindre l'antre mastoïdien.

en un temps très court et sa technique est tellement simple qu'elle se trouve à la portée de tous.

Le trépan à cliquet, la mèche plate et la fraise cylindro-sphérique sont des instruments que doit posséder tout médecin appelé à agir dans les cas d'urgence. Leur maniement est très supérieur à celui du ciseau et du maillet. Ils n'exposent à aucun des accidents si fréquents autrefois telle que la blessure large du sinus, la perforation de la dure-mère et la blessure du cerveau. Ces accidents sont d'autant plus néfastes que bien souvent l'opérateur inexpérimenté tout en blessant ces organes ne peut atteindre le foyer principal de suppuration de l'antre mastoïdien.

2° Abord de la caisse du tympan par la voie mastoïdienne.

Les foyers suppurés des parties supérieure et inférieure de la caisse du tympan

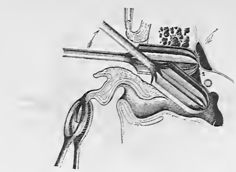


Fig. 7. — Coupe horizontale passant par l'axe du conduit auditif externe. On voit la direction de la fraise lorsqu'elle agit pour mettre à découvert la paroi du sinus latéral. Lorsque la fraise a ouvert l'antre, 2e temps de l'évidement, il s'agit d'aborder la caisse du tympan. On voit qu'elle passe tout près de la partie verticale de l'aqueduc de Fallope pour ouvrir le conduit auditif osseux à 4 ou 5 millimètres en avant du promontoire.

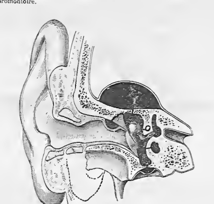


Fig. 8. — Propagation des suppurations de la cavité du tympan à l'étage temporal, à la partie supérieure du conduit auditif externe, à l'aqueduc de Fallope et au labyrinthe.

peuvent être abordés par la voie trans-mastoïdienne. L'usage de la fraise cylindro-sphérique permet de reconnaitre le moment où l'on approche du nerf facial. si l'on surveille avec soin, les contractions du visage.

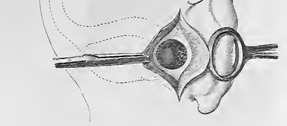


Fig. 9. — Evidement de l'apophyse mastoïde. Première excavation creusée avec la fraise cylindro sphérique de 16 millimètres et mettant à découvert sans la blesser la paroi du sinus latéral. La limite postéro-inférieure du crâne et le trajet du sinus sont figurés en pointillé.

Si l'aquedue de Fallope vient à être blessé par la fraise, il est facile d'éviter le nerf en inclinant en dehors le pôle actif de l'instrument. Par la même opération

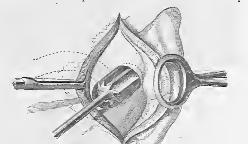


Fig. 10. — Ouverture de l'antre mastoïdien. Le sinus est mis à découvert. La fraise est dirigée obliquement en haut, en avant et en dedans. La cavité de l'antre est ouverte en quelques instants. Le pointillé curviligne qui est figuré au niveau de l'extrémité de la fraise, montre que cet instrument pénètre obliquement au dedans de la surface du temporal.

d'évidement large de la mastoïde, on peut découvrir la caisse du tympan et les cellules pétreuses. La technique pour pratiquer toutes les opérations qui peuvent être indiquées sur la chaine des osselets et notamment leur extraction.

L'extirpation des osselets est le complément indispensable de l'évidement de l'apophyse mastoïde et de l'antrectomie pour suppuration de l'antre. Les deux pre-

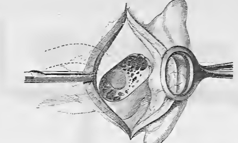


Fig. 11. — Aspect de la perte de substance osseuse après le 2e temps de l'évidement à la fraise. On aperçoit en bas et en arrière la cavité de l'antre, mise à découvert par la résection à la pince-gouge de la lamelle osseuse taillée en biseau par la fraise de 16 millimètres.

miers temps de l'évidement à la fraise atteindront le premier la paroi du sinus latéral, le second la cavité de l'antre. Un troisième coup de fraise horizontal

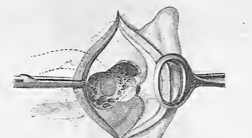


Fig. 12. — Ouverture de l'attique et extraction des osselets. La fraise est dirigée dans une 3e direction, d'arrière en avant et de dehors en dedans vers la partie profonde du conduit auditif osseux. Le pôle actif de la fraise repousse le conduit fibro-cartilagineux et ouvre le conduit osseux immédiatement en avant du cercle tympanique.

passera au-devant de l'aqueduc de Fallope pour ouvrir le conduit auditif osseux à 5 ou 6 millimètres en avant du promontoire.

3° *Évidement pétro-mastoïdien.*

Les lésions de la partie supérieure de la caisse et de l'antre sont fréquemment suivies de carie de la pyramide pétreuse. Pour traiter la carie de la pyramide

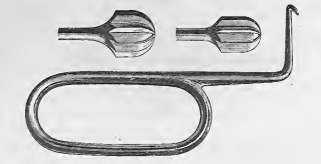


Fig. 13. — Crochet protecteur du nerf facial. Son extrémité doit être introduite dans le canal pétro-mastoïdien. Fraises cylindro-sphériques de 16 et 20 millimètres leur profondeur est égale à celle du nerf facial.

pétrense, il faut procéder à l'évidement pétro-mastoïdien de la façon snivante : Suivant la technique, que le lecteur trouvera exposées dans le tome II de *Thérapeutique médicale et de technique opératoire* de Doyen.

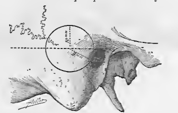


Fig. 14. — Evidement pétro-mastoïdien chez l'adulte ; point où doit pénétrer la mèche plate.

Il résulte de ces données que si l'on pratique l'évidement osseux non plus sur une ligne horizontale passant par la partie moyenne du conduit auditif, mais sur une ligne tangente à son bord supérieur et si l'on dirige alors la fraise horizontalement, l'instrument ouvre l'antre sans risquer de blesser le nerf facial.

Chez l'enfant, il faut employer une fraise cylindro-sphérique de 16 millimètres. Chez l'adulte, on emploie une fraise de 20 millimètres. Nous avons fait construire par la maison Colin deux fraises spéciales. La partie supérieure de la couronne de ces fraises se trouve à 17 millimètres du pôle actif. D'après nos recherches, cette profondeur intra-osseuse ne doit pas être dépassée pour être certain de ne pas blesser l'aqueduc de Fallope.

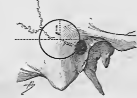


Fig. 15. — Evidement pétro-mastoïdien chez l'adulte: point où doit pénétrer la mèche plate.



Fig. 16. — Préparation anatomique par le procédé de l'évidement osseux, mettant en évidence la saillie du canal semi-circulaire externe ainsi que les 2e et 3e portions de l'aqueduc de Fallope.

Avant de procéder à une intervention sur la mastoïde, il faudra soumettre le malade pendant un laps de temps variable à la médication phagogène qui pourra enrayer les lésions inflammatoires aiguës, subaiguës ou chroniques. De nombreux malades atteints de mastoïdite ont été guéris sans l'intervention chirurgicale.

Dans les otites chroniques tuberculeuses si fréqnentes chez l'enfant en bas âge, il sera nécessaire d'avoirs recours à la médication antituberculeuse de Doyen. Si cette médication ne peut arrêter l'infection tuberculeuse, elle permettra cependant d'enrayer l'évolution du mal et il deviendra facile au chirurgien de

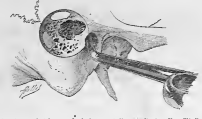


Fig. 17. — Position du crochet lorsque la fraise vient d'ouvrir l'antre. Il suffit d'un petit effort pour arracher le mur de la logette.

guérir définitivement le malade par une intervention qui aura grandes chances d'avoir un résultat rapide et efficace, puisque le malade se sera trouvé dans un

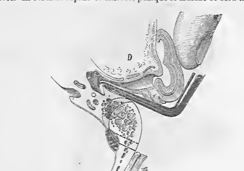


Fig 18. — Introduction du crochet dans le conduit auditif osseux : en clair, le commencement de l'évidement.

état d'immunité réel au moment de l'intervention. C'est ainsi que nous avons pu obtenir des cicatrisations rapides après évidement pétro-mastoïdien pour ostéites bacillaires sans occasionner des complications cérébrales chez des sujets soumis depuis 3 ou 4 mois à la médication antituberculeuse de Doyen. Cette médica-

tion préventive pré-opératoire est de toute nécessité si le chirurgien veut obtenir un succès certain. C'est par l'association intelligente de la médication phagogène



Fig. 19. — Coupe verticale du rocher gauche. Segments antérieur et postérieur, montrant les rapports de l'orifice creusé par la fraise avec l'oreille moyenne, l'oreille interne et le nerf facial.

et de l'acte opératoire que le chirurgien pourra guérir en 6 semaines des lésions qui exigeaient autrefois des mois pour se cicatriser définitivement.

Technique de l'Electro-Coagulation des cancers du corps et du col de l'utérus.

Les cancers du corps et du col de l'utérus seront détruits par les voies naturelles grâce à des applications méthodiques d'électrodes spéciales. Pour ce faire, il faudra avoir à sa disposition des instruments déterminés que l'on trouvera représentés sur la figure 20.

Grâce à cette instrumentation imaginée par Doyen, le chirurgien possèdera désormais un moyen rationnel et très actif qui lui permettra de détruire des lésions cancéreuses très étendues du corps et du col de l'utérus, des culs-de-sac vaginaux, du vagin, du rectum et de la vessie.

Nous étudierons plus spécialement la technique de l'Electro-Coagulation du cancer du corps et du col de l'utérus.

Cancer du corps de l'utérus.

Nous distinguerons 3 cas :

1° Traitement du cancer au début.
2° Traitement du cancer ayant envahi la musculeuse.
3° Traitement du cancer ayant envahi le paramètre.

I. — Traitement du Cancer au début :

Nombreux sont les cas où des malades âgées de 40 à 50 ans viennent consulter pour un écoulement séro-sanguinolent très insignifiant et l'on porte le diagnostic de métrite chronique ou fongueuse. Le chirurgien propose un curet-

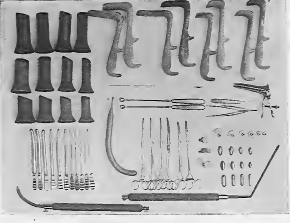


Fig. 20. — Instruments nécessaires pour l'électro-coagulation des tumeurs de l'utérus, du rectum et de la vessie.

En haut et à gauche : 3 séries de spéculums en bois de 4 diamètres différents. En haut et à droite, valves de bois de dimension variées, d'après les valves de métal de Doyen pour l'hystérectomie. Au-dessous : un thermomètre centigrade, des curettes; un spéculum Cusco, un histouri et deux pinces a griffes. En has : deux manches a électro-coagulation munies d'un porte-électrode courhe, et d'un porte-électrode coudé à angle obtus. Au-dessus de ces manches isolateurs et de droite à gauche, une série d'électrodes comprenant : 4 électrodes cylindro-sphériques. 4 électrodes olivaires hemi-isolées, 4 électrodes olivairesmétalliques, 6 electrodes discoïdes, de diamètre varié, et enfin 3 électrodes de forme et de courhure variees. A gauche : 6 longues pinces courhes, un dilatateur rectal malléable et un jeu de bougies d'Hégar.

tage. Cette opération n'apporte aucun soulagement et l'on constate 2 ou 3 mois après la formation de tissus cancéreux dans la cavité utérine.

D'antres chirurgiens procèdent à l'hystérectomie totale. Même après cette opération radicale, on observe trop souvent des récidives dans la cicatrice vaginale.

La méthode de l'Electro-Coagulation thermique de Doyen constitue un moyen général de destruction des tissus pathologiques. S'il s'agit d'une simple métrite fongueuse, il assurera la destruction de la muqueuse malade ; s'il s'agit, au con-

traire, d'un début méconnu de cancer, il provoquera la destructiou certaiue des tissus néoplasiques. La ligne de conduite à suivre dans ces cas sera très simple.

Fig. 21. — Cancer du col, visible par l'orifice d'un spéculum de bois.

Dès qu'un symptôme le plus minime permettra de soupçonuer un débnt de can-

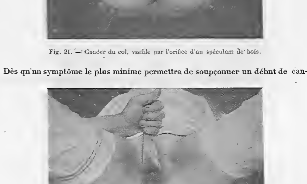


Fig. 22. — Epithélioma du museau de tanche mis en évidence à l'aide de 2 valves en bois.

cer ou une métrite chronique, terme qui trop sonvent cache un débnt de cancer, il faudra intervenir et détruire le plus tôt possible les tissus pathologiques par

l'électro-coagulation. Cette opération est singulièrement bénigne et elle ne comporte aucune gravité opératoire.



Fig. 23. — Application d'une électrode olivaire sur le col de l'utérus.

Voici la technique préconisée par Doyen :
Après avoir dilaté le col avec des bougies d'Hégar, l'on introduit une certaine



Fig. 24. — Application d'une électrode discoïde sur le col de l'utérus.

quantité d'eau stérilisée dans la cavité utérine. On fixe une électrode cylindrique

d'un calibre approprié sur une longue tige porte-électrode comme celle représentée sur la figure 20.

Cette électrode est introduite dans le canal cervical et dans la cavité ntérine elle-même. On fait alors passer le courant en mettant le fil électrique à la 5e spire du solénoïde de la crédance. modèle extra-puissant, construit par la maison Gaiffe.

On laisse passer le conrant pendant 2 à 4 minntes en ayant soin d'agiter prudemment et d'une façon continuelle l'électrode dans la cavité utérine depuis son fond jusqu'an col cervical. Il sera prudent de faire une série d'applications d'une minute environ chaque, puis ayant retiré l'électrode, on introduit le thermomètre et dès que celui-ci indique que les parois de la cavité utérine atteignent



Fig. 25. — Evaluation a l'aide d'un thermomètre centigrade de la température produite au niveau de l'électro-coagulation.

la température de 60°, on peut juger que l'action de l'électro-coagulation est suffisante.

Il est à remarquer que les suites opératoires sont particulièrement indolores et que jamais l'on n'observe de complications infectieuses. Le bain thermo-électrique utérin réalise une asepsie certaine de la cavité ntérine et les microbes qui entretenaient une affection chronique de la muqueuse sont détruits rapidement. Il est à remarquer, en effet, que les tissus pathologiques sont détruits à une grande profondeur sous l'influence de l'électro-coagulation alors que des tissus sains superficiels par rapport à l'électrode ne semblent pas touchés

II. — *Traitement des lésions cancéreuses ayant envahi la musculeuse.*

Si l'on peut constater que le cancer a envahi la mnsculense et que l'utérus présente de l'infiltration néoplasique assez limitée an fond et plus particulièrement à la portion intra-péritonéale, on fera passer le courant pendant 3 à 5 minutes.

Il faudra cependant agir avec prudence, afin d'atteindre toute l'épaisseur du tissu pathologique sans risquer une perforation de l'organe. Il est vrai que cette méthode



Fig. 26. — Électro-coagulation de toute la muqueuse utérine en dégénérescence cancéreuse par plusieurs applications successives d'une électrode olivaire.

ne pourra être employée que par de véritables chirurgiens, et l'opérateur se tiendra prêt à pratiquer en cas d'alerte l'hystérectomie vaginale. Après avoir introduit



Fig. 27. — Électro-coagulation d'un cancer de la muqueuse du corps avec une électrode cylindrique.

un spéculum en bois de Doyen, on introduira dans la cavité utérine une électrode sphérique montée sur le porte-électrode à longue tige dont nous avons déjà parlé. On aura au préalable dilaté le col par les moyens habituels. Le con-

dncteur sera placé à la 5e spire du solénoïde de l'appareil et on fera passer le conrant pendant 5 à 10 minutes en ayant bien soin de procéder à une sorte de badigeonnage très actif de toute la cavité ntérine. Il est très difficile de préciser la dnrée de l'intervention. Elle dépendra de l'épaissenr des tissus suspects et pour bien la déterminer, il fandra de la part du chirurgien nne certaine expérience de la méthode.

Ce procédé de destruction d'éléments néoplasiques par le calorique a donné des résnltats excellents sans jamais présenter de complications post-opératoires.

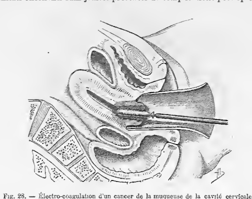


Fig. 28. — Électro-coagulation d'un cancer de la muqueuse de la cavité cervicale avec une électrode cylindrique.

Les suites opératoires ne sont pas douloureuses et la réaction péritonéale est insignifiante. Il sera très utile de pratiquer tous les jours un lavage vaginal intra-utérin très prndent. L'on observera nne élimination d'escharres volumineuses entre le 14e et le 20e jour. Si par hasard, l'on constate ultérieurement par l'endoscopie intra-utérine on par l'apparition de nouvelles hémorragies que le cancer récidive, on pourra faire une deuxième application identique à la première. Il pourra qnelquefois être nécessaire de faire 2 ou 3 interventions pour arriver à guérir définitivement des lésions cancéreuses de l'utérus.

On pourra observer, fait curieux, qne parfois il se prodnit une élimination sous forme d'escharres massives de presque tont le fond de l'utérus. Cette élimination sera sans danger, car il s'est produit nne péritonite fibro-plastique inflammatoire sons l'influence des séances d'électro-coagulation. Ces adhérences péritonéales empêchent la production de complications de septicémie péritonéale secondaire.

III. — Traitement des lésions cancéreuses ayant envahi le paramètre.

Trop souvent, les malades viennent consulter le chirurgien alors qu'elles présentent des lésions très étendues. Le cancer s'est infiltré dans les ligaments larges et il a envahi la face postérieure de l'utérus et le colon ilio-pelvien. D'autres fois, les lésions dominent sur la face antérieure et intéressent le fond de la vessie. L'endoscopie vésicale et la rectoscopie donnent dans ces cas des renseignements

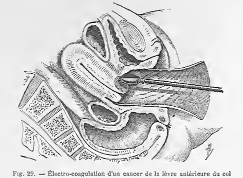


Fig. 29. — Électro-coagulation d'un cancer de la lèvre antérieure du col avec une électrode olivaire hémi-isolée.

intéressants. Ces cas étaient considérés jusqu'à présent comme n'étant plus justiciables de la chirurgie et on laissait les malades vouées à une mort certaine. Dans ces cas, où les lésions sont très avancées, l'électro-coagulation vient encore fournir aux chirurgiens un moyen d'action efficace qui, s'il ne produira pas une guérison certaine, provoquera néanmoins une amélioration des symptômes et un arrêt momentané des lésions cancéreuses.

Dans ces cas, après avoir introduit l'électrode dans la cavité utérine, on laisse passer le courant pendant un laps de temps qui variera entre 10 et 15 minutes. Il se produira quelquefois après l'opération des réactions péritonéales, mais jamais cette opération ne présentera un caractère de gravité extrême. D'autres fois, on verra se produire des perforations rectales et vésicales au moment de la chute des escharres. Dans d'autres cas enfin, l'élimination des escharres provoquera des hémorragies assez abondantes par suite de lésions intéressant l'artère utérine. Il faudra se tenir prêt à parer aux éventualités. L'on pourra dans certains cas enrayer singulièrement l'évolution du mal et retarder par des interventions successives l'échéance fatale.

Cancer du col de l'utérus.

Le cancer du col de l'utérus est une affection très fréquente qui, souvent, se



Fig. 30. — Électro-coagulation d'un cancer de la lèvre antérieure du col avec une électrode olivaire hémi-isolée.

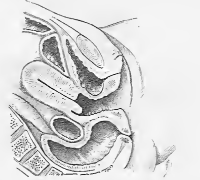


Fig. 31. — Aspect de la cicatrice consécutive à l'électro-coagulation d'un cancer de la lèvre supérieure.

greffe sur des lésions de cervicite chronique. Il est très utile de faire un

diagnostic précoce, alors que le muscle utérin n'est pas encore envahi.

L'épithélioma du col est facile à mettre en évidence suivant sa localisation

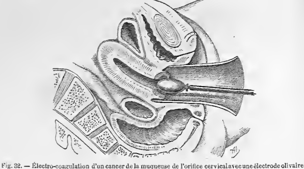


Fig. 32. — Électro-coagulation d'un cancer de la muqueuse de l'orifice cervical avec une électrode olivaire.

avec un des différents types de valves et de spéculums en bois de Doyen. On doit également avoir à sa disposition un spéculum de Cusco et les spéculums courts de Doyen.

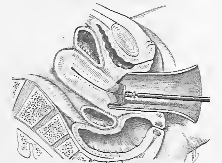


Fig. 33. — Électro-coagulation d'un cancer du museau de tanche avec une électrode discoïde.

La malade est anesthésiée. Dès que la tumeur est mise en évidence, on applique à son contact une électrode de forme appropriée, par exemple pour un cancer des deux lèvres du museau de tanche une électrode discoïde. S'il s'agit

d'un cancer localisé à la lèvre inférieure, il faut se servir d'une électrode olivaire hémi-isolée. Pour les cancers du col de l'utérus, l'électrode de choix sera une électrode cylindrique.

Dans les formes d'épithéliomas végétants, après avoir laissé passer le courant pendant 3 ou 4 minutes, on procèdera au curettage prudent des tissus cancéreux électro-coagulés. Puis la surface cruentée sera de nouveau électro-coagulée. En procédant ainsi par approches successives, l'on peut obtenir des résultats très intéressants.

Cette chirurgie nouvelle doit remplacer la chirurgie radicale qui traitait, par

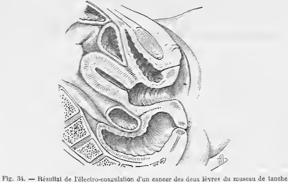


Fig. 34. — Résultat de l'électro-coagulation d'un cancer des deux lèvres du museau de tanche après la chute spontanée de l'escharre.

l'extirpation sanglante, les lésions néoplasiques au début. Au lieu d'avoir recours au procédé de Schröeder, il sera plus efficace de traiter la plaie suspecte du col par une séance d'électro-coagulation.

L'électro-coagulation devient la méthode de choix pour le traitement des lésions épithéliomateuses du col. Cette méthode générale pourra s'appliquer également au traitement de la cervicite gonococcique ulcéreuse et au traitement des lésions spécifiques.

Il pourra se produire, 15 jours ou 3 semaines après l'intervention, une escharre massive qui s'éliminera en un bloc comprenant tout le museau de tanche, et au fond du vagin, l'on apercevra une plaie étoilée portant en son centre un orifice qui correspondra au canal cervical.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hypernéphrome volumineux. — Ablation. — Péritonisation sous-hépatique.

M. A..., âgé de 19 ans, que je vais opérer devant vous, présente une tumeur volumineuse dans le flanc droit. Cette tumeur évolue depuis environ deux ans, et actuellement le malade présente un amaigrissement notable. L'indication opératoire est des plus nettes. Le malade vient d'être anesthésié. J'ai pris la précaution d'interposer dans la région lombaire un sac de sable, de manière à faciliter les manœuvres opératoires dans la région sous-hépatique. Je fais une longue incision sur la ligne mamillaire depuis le 7[e] cartilage costal jusqu'au voisinage d'une ligne horizontale passant par les deux épines iliaques antéro-supérieures. J'incise la peau, le grand oblique, le petit oblique et je procède à la résection des 7[e], 8[e] et 9[e] cartilages costaux. Cette résection cunéiforme des cartilages donne un jour considérable sur la région sous-hépatique. Elle est supérieure à la méthode de la résection du rebord chondro-costal, qui compromet les insertions du diaphragme et des muscles larges de l'abdomen, dont l'intégrité absolue est de toute nécessité pour assurer ultérieurement la solidité complète de la paroi abdominale. J'écarte avec des pinces érignes les lèvres de la plaie. Cette tumeur apparaît en situation rétro-péritonéale. Vous constatez que le péritoine postérieur est très vasculaire. Des veines volumineuses se dessinent sur toute la périphérie. Quelques-unes d'entre elles atteignent le diamètre du petit doigt. Il serait dangereux de déchirer cette capsule et de décoller la tumeur. Ce procédé, que je recommande au contraire dans les kystes thyroïdiens, est contre-indiqué dans ce cas, à cause du volume considérable de la tumeur abdominale. Quand il s'agit d'une tumeur peu volumineuse, en quelques secondes, mon doigt a procédé au décollement et après l'ablation de la tumeur, on peut rapidement assurer l'hémostase des plexus veineux que j'ai laissé saigner pendant la durée de l'énucléation sous-capsulaire. Dans ce cas, au contraire, cette hémorragie veineuse serait trop abondante et je vais procéder à l'énucléation après hémostase progressive. J'arrache la capsule au niveau du pôle accessible. Immédiatement ces gros plexus veineux saignent. Je procède de suite à leur hémostase, et pour ce faire, saisissant en masse avec mes longues pinces droites à mords excentrés les points hémorragiques, je les lie en masse. De plus, avec mon aiguille courbe passant par transfixion au travers de ce pédicule, je procède à la ligature droite et

gauche. De cette façon, je suis certain que le fil ne pourra pas glisser sur ce pédicule péritonéo-vasculaire.

J'ai remarqué qu'il était indispensable, pour assurer une bonne hémostase dans les cas de pédicule comprenant le péritoine, surface très glissante pour le fil de soie et pour le fil de catgut, de procéder à la transfixion. Je procède ensuite par le même procédé à l'hémostase des autres points hémorragiques et maintenant je puis procéder en toute sécurité au décollement sous-péritonéal de cette grosse tumeur abdominale. Cette tumeur, qui a pris naissance aux dépens du rein, se trouve adhérente en arrière et en dedans, par le pédicule rénal très hypertrophié, à la veine cave inférieure et à l'aorte thoracique. Aussi vous voyez que c'est avec une grande prudence que j'extrais la tumeur, qui tient en effet de ce côté d'une façon toute particulière.

Ayant pris entre mon index et mon médius le pédicule vasculaire, je passe au-dessous une longue pince courbe. Il m'est dès lors facile de sectionner le pédicule. Voici la tumeur enlevée. Il me reste maintenant à procéder à la péritonisation postérieure qui, dans ce cas, est particulièrement complexe. En effet, l'ablation de la tumeur laisse une cavité sous-péritonéale qui occupe un certain volume. Donc la péritonisation risquerait de fermer une cavité dont le contenu pourrait s'injecter. Il faut donc assurer le drainage de cette poche. Je saisis la lèvre externe de la plaie abdominale. J'ai soin de desserrer mes pinces érignes afin de relâcher le péritoine pariétal-latéral ; puis, par divulsion, je décolle l'espace sous-péritonéal latéral et j'arrive ainsi, en procédant de proche en proche, dans la cavité occupée par la tumeur para-rénale. J'introduis avec une longue pince courbe une mèche de Goye dans cet espace sous-péritonéal. La mèche sort par la plaie abdominale et son extrémité postérieure se trouve dans la cavité kystique, dont il assure le drainage parfait. Je peux donc procéder maintenant en toute sécurité à la péritonisation du péritoine pariétal-postérieur. La péritonisation est ici très laborieuse à cause de la profondeur où se trouve le péritoine pariétal-postérieur. Grâce à la résection cunéiforme chondro-costale, sur laquelle j'ai insisté au début de cette opération, un de mes écarteurs vaginaux (N° 6) force le foie à occuper la coupole diaphragmatique et je peux procéder à un surjet péritonéal qui commence au niveau de l'angle hépatique du colon, pour cheminer obliquement en bas et en dedans. Vous constatez que la péritonisation se termine très facilement. Par mesure de précaution, je place cette mèche dans la cavité péritonéale contre la face inférieure du foie et je procède maintenant à la suture de la paroi abdominale par mon procédé habituel.

Grenouillette à évolution linguale suppurée
Aéro-cautérisation — Guérison.

M. X..., âgé de 33 ans, présente depuis deux ans une petite tumeur kystique située dans l'épaisseur du bord droit de la langue à droite et non loin du V lingual. Cette tumeur a grossi peu à peu, et actuellement elle présente le volume d'une noix. Cette tumeur était jusqu'alors indolore et n'avait d'autre inconvénient que de gêner la mastication et la déglutition Depuis deux jours, le malade présente de la fièvre. Il a le soir 39°. Il est très abattu. L'examen local permet de

constater de l'œdème péri-lingual. C'est alors que le malade se décide à venir me consulter. Je fais le diagnostic de grenouillette à évolution linguale et suppurée secondairement. L'intervention est nécessaire. Opération. — Le malade est anesthésié. Avec mon écarteur des mâchoires, je lui ouvre facilement la bouche. Je mets en place mon écarteur bi-commissural et un fil de soie n° 10 est passé dans l'extrémité antérieure de la langue, ce qui permet de l'extérioriser J'incise la muqueuse linguale au-dessus de la tumeur qui est fluctuante et il s'écoule immédiatement 3 à 4 centimètres cubes d'un pus très fétide. J'en prélève quelques gouttes pour l'examen bactériologique que l'on va faire immédiatement. Au lieu de procéder à l'extirpation de la poche qui, dans ce cas, ne servirait qu'à infecter les tissus péri-kystiques de la langue. j'ai l'habitude de procéder à l'aéro-cautérisation de la poche suppurée. Grâce à ce dispositif que j'ai imaginé et qui a été construit par la maison Gaiffe sur mes instructions, séance tenante, je peux traiter cette cavité suppurée par un courant d'air chaud qui en carbonise rapidement les parois. Mon préparateur m'apporte le résultat de l'examen qui a révélé la présence de streptocoques, de quelques staphylocoques et d'un certain nombre de bâtonnets. Il n'est pas utile de tamponner la poche. Je prescris des gargarismes fréquents, 5 à 6 par 24 heures.

Les suites opératoires ont été normales et la poche s'est rapidement cicatrisée.

Sarcome du grand fessier — Enucléation intra-capsulaire. Bain thermo-électrique.

M. M..., âgé de 40 ans, présente depuis 8 mois une tumeur située dans l'extrémité antérieure du grand fessier. Cette tumeur a grossi particulièrement depuis deux mois et actuellement elle présente le volume du poing qui a été considérée comme injectable. L'état général est cependant excellent; il n'y a pas d'adénopathie inguinale suspecte. L'examen radiographique, pratiqué avec mes nouveaux appareils, permet de constater qu'il ne s'agit pas d'un ostéo-sarcome mais d'un sarcome musculaire, sans doute encapsulé.

Le malade vient d'être anesthésié. J'incise la peau et le muscle, puis j'arrive à la tumeur. L'opération clerkisque consiste, dans ces cas, à énucléer rapidement la masse kystique, puis à suturer la peau. Cette méthode donne des résultats déplorables et il se produisait des récidives rapides J'estime donc que l'intervention chirurgicale doit être abandonnée et c'est pourquoi, dans ce cas, je vais vous montrer la nouvelle technique que j'emploie. J'incise la capsule propre de la tumeur et je procède à l'ablation intra-capsulaire de toute la tumeur par morcellement et par un curettage soigné. J'ai ainsi créé une cavité dont la paroi est formée par la poche néoplasique. Je la remplis d'eau salée stérilisée à 50°, puis je place l'électrode et je fais passer le courant. Au bout de deux minutes, le thermomètre indique la température de 65° dans toute la poche. Je vide l'eau, je tamponne et je fais deux points de suture pour ne pas avoir une plaie trop volumineuse.

Les suites opératoires ont été parfaites. La plaie s'est rapidement cicatrisée et il n'y a aucune trace de récidive.

Epithélioma du gros orteil — Amputation électrique.

M. X..., âgé de 62 ans, présente un épithélioma ulcéro-végétant situé sur le gros orteil droit. Il n'y a pas actuellement d'adénopathie suspecte. Au lieu de procéder à l'extirpation chirurgicale du gros orteil, qui empiétrait forcément dans les tissus suspects sur toute la face dorsale de la phalange, je vais pratiquer devant vous l'amputation électrique de cet orteil néoplasique. Je le saisis fortement avec le davier de Farabœuf tenu de la main gauche alors que de la main droite, je dessine suivant les règles de la médecine opératoire un petit lambeau dorsal et un grand lambeau palmaire à la racine du gros orteil. Ces lambeaux, je les dessine non pas avec le histouri, mais avec cette électrode cylindro-cônique. Je fais donner toute l'intensité du courant.

Vous pouvez constater, Messieurs, qu'il suffit de 30 secondes pour amputer par ce procédé le gros orteil cancéreux. Pas d'hémorragie, pas d'hémostase à faire, les tissus voisins de la plaie sont électro-coagulés. Une forte traction sur le davier de Farabœuf a suffi pour détacher le gros orteil malade.

CLINIQUE MÉDICALE

Maladies infectieuses guéries par la méthode phagogène de Doyen.

Congestion pulmonaire bilatérale. — Guérison.

M L F..., âgé de 7 ans, de Saint-Médard-sur-Ille, est atteint le 14 mai d'une grippe infectieuse compliquée de congestion des deux bases pulmonaires. La température est de 39°5.

Le 16 mai, la température atteint 40°, la langue est rôtie, le ventre ballonné, les selles sont infectes; les bases sont envahies par une pluie de râles humides. On observe de l'adynamie. Le 19 mai, l'état est très grave, la température atteint 40°, il y a de l'anrrie, la langue est fuliginense.

Le médecin traitant ordonne une cuillerée à café de solution buvable, toutes les deux heures. Le 20 mai, l'on est frappé de l'amélioration de l'état général. La température est encore de 39°. Le 21 mai, il y a un changement radical; le malade paraît complètement guéri; la température est de 37°5, la langue est humide; dès lors, la convalescence s'achève rapidement.

Rougeole. — Médication abortive par les colloïdes phagogènes.

L'enfant L..., âgé de 6 ans, au cours d'une épidémie de rougeole qui sévissait dans l'école primaire de Saint-Germain-sur-Ille, tombe malade le 4 juin. Le médecin traitant constate un début de bronchite, les amygdales sont rouges et œdématiées, les yeux sont larmoyants et l'enfant a de fréquents frissons; la température est de 39°9. L'on prescrit immédiatement une injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes de Mycolysine.

Deux jours après, l'état général est beaucoup amélioré; l'enfant se lève, malgré la défense du médecin et joue toute la journée. La médication phagogène est supprimée le 7 juin.

Le soir même, l'enfant se plaint à nouveau d'une grande fatigue, et dans la nuit du 8, brusquement l'état général redevient ce qu'il était le 4 juin, et le soir, une violente éruption de rougeole apparaît.

Le médecin traitant prescrit la solution buvable à la dose d'une cuiller à bouche, toutes les heures. Le 9 juin, l'état général est stationnaire, mais le 10, on constate une amélioration rapide, les taches s'atténuent. Le 11 juin, la fièvre est tombée; dès lors, la convalescence s'achève très rapidement. Le médecin traitant nous écrit les renseignements suivants : « Je tiens à vous faire remarquer que l'épidémie de rougeole a été

très grave et a souvent entraîné des complications broncho-pulmonaires. Votre traitement aurait-il enrayé au début la rougeole? l'observation le laisserait supposer et j'estime que si la médication phagogène avait été continuée les 5 et 6 juin, l'éruption ne se serait probablement pas produite. L'épidémie s'est arrêtée dès que j'ai ordonné la même médication à titre préventif.

Dystocie fœtale. — Accouchement suspect. — Infection fœtale. — Médication phagogène. — Guérison.

Mme P..., âgée de 32 ans, accouche le 1er juillet 1910. Cette femme est primipare et une application de forceps au détroit supérieur est faite dans des conditions difficiles. Une déchirure périnéale se produit. Elle est immédiatement suturée. Trois jours après, la malade présente une forte élévation thermique; l'état général est mauvais, les sutures lâchent. Le 5 juillet, la médication phagogène est instituée. La malade reçoit une injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes de solution injectable pendant trois jours.

Dès la première piqûre, la température tombe, l'appétit renaît et les urines deviennent abondantes. Une nouvelle périnéorraphie est alors faite, les sutures ont été parfaites.

Broncho-pneumonie. — Médication phagogène. — Guérison.

M. P..., âgé de 6 ans (Saint-Médard-sur-Lille), tombe malade le 31 mai. La température est de 39°2. On note de la courbature et des signes de bronchite. Le 3 juin, le malade éprouve subitement un point de côté et l'on trouve à l'auscultation un gros foyer pneumonique à la base gauche. La température est de 39°5, l'état général est très grave, le malade a de l'oppression et des sueurs abondantes.

Le médecin traitant ordonne une piqûre de 2 centimètres cubes de solution injectable et une cuillerée à soupe de solution buvable toutes les quatre heures. Le 6 juin, la température baisse brusquement et tombe à 37°1; l'état général est excellent, les crachats sont encore rouillés et persistent brunâtres pendant plusieurs jours. L'état général s'améliore très rapidement.

État typhoïdique grave. — Médication phagogène. — Guérison.

M. X..., docteur en médecine à Aubigné, nous écrit la lettre suivante :

« Je tiens à vous communiquer l'observation suivante, qui prouve l'action favorable de la médication phagogène. Le 12 juin, je suis appelé auprès d'un enfant âgé de 7 ans, soigné depuis quelque temps par un confrère. Il s'agit de fièvre typhoïde grave. Je trouve un enfant dans un état de cachexie très profonde. La température est de 35°4. Cet état d'hypothermie se complique d'un état congestif des deux poumons, le ventre est ballonné. Je crois à la manifestation grave d'une granulie à forme hypothermique. L'enfant était mourant et considéré comme tel par son entourage et moi-même. J'ordonne sans grande confiance une cuiller à café de solution buvable d'heure en heure. Je ne prends même pas la peine de demander des nouvelles de l'enfant, que je croyais devoir mourir quelques heures après mon départ. Huit jours après, la mère vient chez moi m'annoncer que son enfant se lève et commence à manger. L'amélioration se serait produite dès la première cuillerée. »

Gastro-entérite chez un nourrisson. — Médication phagogène. — Guérison.

L'enfant P. A.., âgé de 9 mois, à Saint-Médard-sur-Lille, tombe malade le 20 juin. Il présente des symptômes de gastro-entérite aiguë. La température est de 38°5; les

selles sont verdâtres, infectes, l'agitation est inquiétante. Le 21 juin, l'état est stationnaire.

Le 22 juin, le médecin traitant ordonne une cuillerée à café de solution buvable toutes les deux heures. Le soir même, une amélioration notable s'était produite, le ventre était souple. Le lendemain, la température était tombée à 37°4, et les selles étaient meilleures. Dès lors, la guérison s'est achevée très rapidement.

Infection péritonéale grave. — Médication phagogène. — Guérison.

Le jeune C..., âgé de 19 ans, à Mélesse, tombe malade le 6 juin. Il éprouve des douleurs dans le côté droit et présente le soir une forte élévation de température; il est constipé et a de fréquents vomissements.

Pendant 15 jours, cet état persiste. Le malade est soigné par un confrère pour péritonite aiguë. Ce confrère ayant déclaré le 21 juin que le malade était perdu, on demande en consultation le Dr X...

A l'examen, on pouvait alors constater un faciès péritonéal typique. La température était de 40°, le ventre ballonné, très douloureux, surtout dans la région sous-ombilicale. La constipation est opiniâtre. Le malade n'a pas uriné de toute la journée. Il pousse des cris de douleur et se tord sur son lit; la langue est rouge, dépouillée, depuis huit jours. L'on prescrit la médication phagogène. Le malade reçoit une injection souscutanée de 2 centimètres cubes de solution injectable et prend une cuiller à bouche de solution buvable toutes les heures. Le 22 juin, le malade se trouve déjà mieux. La nuit a été calme; le 23, le malade souffre beaucoup moins et l'on supprime la glace. Le 24 juin, l'amélioration s'accentue. Le 25 juin, le malade prend un peu de nourriture. Les douleurs abdominales ont presque totalement disparu, le ventre devient souple. Dès lors, la convalescence s'achève normale et rapide et le 5 septembre, le médecin nous écrit qu'il a rencontré le malade qui travaillait aux champs en excellent état.

Nous recevons du Dr Amieux, de Noisiel, la lettre suivante :

« La solution buvable et la solution injectable m'ont donné des résultats surprenants. Je vous envoie onze observations, qui sont, à mon avis, les plus convaincantes. Mon impression est très favorable et je suis décidé à persister plus que jamais à traiter mes malades par la médication phagogène ».

Rougeole grave. — Médication phagogène. — Guérison.

L'enfant M..., âgé de 3 ans, tombe malade le 22 juin 1910. Le Dr Amieux constate une rougeole typique. La température est de 40°; il y a un certain degré de congestion pulmonaire et dans le lobe moyen à droite, l'on entend un souffle intense. La médication phagogène est instituée le jour même. L'enfant reçoit deux fois en 24 heures, 2 centimètre cubes de solution injectable. La fièvre disparaît 36 heures après et l'éruption s'était atténuée. L'enfant continue à prendre de la solution buvable à la dose d'une cuiller à bouche quatre fois par jour et la convalescence s'est terminée rapidement sans complications.

Broncho-pneumonie aiguë. — Guérison.

M. G..., L., 8 ans, à Saint-Aubin d'Aubigné, présente le 30 mai, un état infectieux grave, avec frissons, la température atteint 40° 7. A l'auscultation, on trouve à la base droite

un souffle pneumonique très accentué et des points de côté. Le 31 mai, la température atteint 40° 4, l'état général est très grave.

Le 2 juin, les crachats sont rouillés et on constate que le sommet droit se prend à son tour. Le médecin traitant prescrit une coiller à café de solution buvable toutes les quatre heures et le 3 juin, on peut déjà constater une amélioration sensible de l'état général.

Le 4 juin, l'état général est bon. On supprime le traitement. Le 6 juin la température atteint 38°7, la langue est de nouveau sèche, le malade est oppressé. On administre de nouveau la solution buvable. Le 8 juin, on constate un mieux considérable. Dès lors, la convalescence se parachève rapidement et l'on continue la médication jusqu'à la cessation de tout phénomène infectieux.

Bronchite aiguë. — Médication phagogène. — Guérison.

Le 20 juillet 1910, le Dr Amieux, de Noisiel, est appelé pour soigner deux enfants 66, rue des Ecoles, qui sont dans un état grave. L'un a 2 ans, l'autre 3 ans et demi. Ils présentent des râles sibilants et ronflants des deux côtés des poumons. La température est très élevée. Le plus jeune a 39° 3 et l'autre 39° 8. Les quintes de toux sont très pénibles, d'autant plus que les deux enfants ont eu, il y a six mois, une coqueluche grave. Le Dr Amieux a fait une injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes à chaque enfant.

Le lendemain, la température était redevenue normale; et la toux avait complètement disparu, les râles n'ont disparu qu'au quatrième jour. Dès lors, la guérison s'est achevée rapidement.

Bronchite capillaire. — Médication phagogène. — Guérison rapide.

Le jeune R..., âgé de 5 ans, présente le 10 juillet 1910 tous les symptômes d'une bronchite capillaire. La température est de 38° 8. L'enfant présente de la dyspnée, l'état général est mauvais.

La médication phagogène est commencée le 11 juillet. L'on fait à l'enfant une injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes de solution injectable pendant trois jours. Deux heures après la première injection, la fièvre disparaît, l'enfant commence à respirer plus facilement. Le poumon est complètement dégagé au bout de trois jours.

Bronchite aiguë. — Médication phagogène. — Guérison rapide.

L'enfant A..., âgé de 4 ans, tombe malade le 18 juillet 1910. Le Dr Amieux constate une bronchite ordinaire avec forte élévation de température (39° 9). Immédiatement, la médication phagogène est instituée à la dose d'une cuiller à soupe de solution buvable tous les matins. Le traitement dure cinq jours. La fièvre est tombée dès le deuxième jour. Les symptômes locaux et généraux se sont très rapidement amendés.

Diarrhée estivale. — Médication phagogène. — Guérison.

R. N..., âgé de 2 ans tombe malade le 10 juin. La température est de 38°8. L'enfant a des vomissements et de la diarrhée fétide. Le médecin traitant prescrit la médication phagogène. Le petit malade prend une cuiller à café de solution buvable toutes les deux heures. Le lendemain, la fièvre avait disparu et l'on notait une amélioration très rapide. La guérison s'est achevée rapidement.

Méningite cérébro-spinale. — Broncho-pneumonie bilatérale secondaire. — Médication phagogène. — Guérison.

La jeune D... âgée de 12 ans, tombe malade le 16 novembre 1910 au cours d'une épidémie de méningite cérébro-spinale qui sévissait dans la pension où elle se trouvait. Les parents ramènent leur enfant à Paris le 21 novembre et le docteur B.... appelé constate les signes cliniques d'une méningite cérébro-spinale. La fillette présente une céphalée intense, un état de torpeur particulièrement impressionnant et elle se trouve dans un état de sub-délire très accusé. Le ventre est rétracté en bateau, la raie méningitique apparaît avec netteté. Enfin, on constate de la contracture des membres supérieurs et des membres inférieurs. La température est de 41°. Elle persiste à ce degré depuis deux jours. Pour des raisons extra-médicales, la ponction lombaire ne put être pratiquée.

La médication phagogène de Doyen est immédiatement instituée par le médecin traitant le 21 novembre. L'enfant prend 4 fois par jour 3 cuillers à bouche de solution buvable. Peu à peu, les symptômes d'irritation méningée et médullaire disparaissent; le lendemain même l'enfant avait repris connaissance, et la contracture avait complètement disparu. La ponction lombaire révèle la présence d'une hypertension très accusée et le liquide paraît limpide. L'examen bactériologique ne décèle pas la présence de méningocoques. La température était tombée à 39°. L'amélioration s'accusait encore, quand le 23 novembre, la température remonte presque le soir à 41° et l'enfant se plaint d'un violent point de côté gauche et d'une gêne respiratoire très accusée. Une diarrhée profuse survient. L'enfant a quelques vomissements alimentaires et expectore des crachats hémoptoïques. A l'auscultation, on reconnaît un foyer de congestion au niveau du lobe supérieur gauche où la respiration est soufflante. On perçoit de l'égophonie. L'enfant reçoit pendant les 24 heures qui suivent 3 injections de 4 centimètres cubes de liquide phagogène et la médication habituelle est instituée: application de ventouses, enveloppement humide du tronc..)

Le 24 novembre, les signes de congestion pulmonaire augmentent d'intensité à gauche et l'on perçoit à droite de gros râles sibilants et une pluie de râles humides sur toute la hauteur du poumon droit. Le pouls est à 115, la situation devient très grave. L'on fait à l'enfant dans la matinée une injection de 6 centimètres cubes de liquide phagogène. Vers 2 heures de l'après-midi, la fillette commence à être cyanosée, et vers 3 heures, le médecin appelé d'urgence constate que la petite malade est dans le coma. La respiration est stertoreuse et l'on constate une cyanose extrême des membres et de la figure. Tout semble faire prévoir une fin prochaine. Immédiatement, l'on fait à l'enfant une injection sous-cutanée de 8 centimètres cubes de liquide phagogène et 2 centimètres cubes d'huile camphrée. A 7 heures du soir, la situation ne paraît pas s'être aggravée. Le médecin ordonne à nouveau une injection de 8 centimètres cubes de liquide phagogène. Dans la soirée, l'enfant reprend connaissance et reconnaît les siens. Le 25, on pouvait constater une amélioration des signes locaux et de l'état général; le 26, la température était encore de 39°, la respiration toujours très soufflante à gauche, mais les râles fins avaient disparu complètement du côté droit. L'enfant présente une forte réaction sudorale et une vraie débâcle urinaire se produit. Le lendemain, la température était tombée à 37°,2 et l'on commençait à alimenter alors la petite malade.

Depuis lors, la guérison s'est accentuée et l'enfant est considérée comme complètement guérie.

Le diagnostic de ce cas est indiscutable, car sur 8 enfants atteints dans ce foyer épidémique, 2 sont morts avant d'avoir pu être transportés à Paris, et 2 autres ont été traités à l'hôpital Trousseau par le professeur Netter. L'examen bactériologique a

montré l'existence du méningocoque. Le cas qui a été traité par ma méthode provenait du même foyer épidémique, mais comme je l'ai signalé, la famille n'a pas consenti à accepter la ponction lombaire immédiate.

Cette ponction n'avait été faite que 24 heures après l'injection immunisante; les méningocoques avaient déjà disparu.

Les nombreuses guérisons obtenues dans le traitement de l'asthme par la méthode phagogène de Doyen sont un argument prouvant d'une façon péremptoire la théorie de l'infection comme cause nécessaire et suffisante des crises d'asthme par opposition à la théorie nerveuse. L'asthme n'est pas une névrose, mais elle est la traduction symptomatique d'une irritation bronchique causée par une sécrétion d'origine microbienne.

Asthme symptomatique — Médication phagogène. — Guérison.

Mme H... ouvrière, rue du Chapeau, à Bruxelles, présente depuis le 15 juillet des crises d'asthme qui la font énormément souffrir. Ces crises se produisent régulièrement deux à trois fois par semaine. Leur intensité est telle que pendant la durée de la crise (environ 24 heures et même davantage), elle est obligée de rester assise sur une chaise sans pouvoir faire un mouvement. Elle nous écrit à ce moment qu'elle est désespérée. Nous lui ordonnons de prendre de la solution buvable à la dose de 3 cuillerées à bouche par jour. La malade nous écrit le 3 décembre la lettre suivante :

« Le résultat est merveilleux. Depuis 15 jours que j'ai commencé votre traitement, je n'ai pas eu de crises d'étouffements. J'avais un gros rhume; il a complètement disparu et je me trouve heureuse de respirer librement et de pouvoir vaquer à mes occupations ».

Furonculose fessière et crurale. — Médication phagogène. — Guérison.

M X..., âgé de 22 ans, vient consulter le Docteur B... pour une furonculose généralisée dont il souffre depuis 4 mois. Il est cavalier de deuxième classe dans un régiment de dragons des environs de Paris, et continue à monter à cheval, malgré la présence de furoncles volumineux dans la région fessière et au niveau des régions crurales antérieures. Il a essayé en vain toutes les médications pour être débarrassé de cette affection. L'on constate la présence de furoncles volumineux dans la région fessière droite. Quatre d'entre eux sont ouverts et entourés d'une aréole inflammatoire très douloureuse à la palpation. Au niveau de la région fessière gauche on constate dix furoncles : deux d'entre eux sont abcédés et ont le volume d'une noix. L'examen bactériologique révèle la présence de staphylocoques dorés.

Au niveau des deux régions fémorales antérieures, on constate vingt petits furoncles dont les uns sont cicatrisés et dont les autres sont en pleine évolution. On constate également au niveau de la région fémorale postérieure la présence d'une vingtaine de ces petits furoncles.

La médication phagogène de Doyen est instituée. Le malade reçoit en trois semaines 12 injections sous-cutanées de 2 centimètres cubes de solution injectable à raison de 4 injections par semaine et il absorbe 12 cuillers à bouche de solution buvable par jour.

Dès la première piqûre, une sensation d'amélioration générale se produit au niveau

des régions endolories voisines des furoncles. Le jeune homme qui continue son métier de cavalier monte à cheval en éprouvant moins de douleur. Il continue son service très activement pendant toute la durée du traitement.

Au bout de la première semaine, les furoncles ulcérés sont cicatrisés et l'on constatait une disparition des aréoles inflammatoires; les deux gros furoncles qui se trouvaient au niveau de la région fessière droite, avaient diminué en volume de moitié. Fait important, le cavalier constatait qu'il ne se produisait plus de réinoculations de furoncles autour des anciens furoncles comme cela se produisait depuis deux mois.

Après 12 injections, la maladie paraissait complètement disparue; les lésions locales étaient complètement cicatrisées.

Coqueluche. — Médication phagogène. — Guérison.

Le Docteur L... de Toulon est appelé pour donner ses soins à un nourrisson âgé de 8 mois qui est atteint d'une coqueluche rebelle à tout traitement. Cette toux persistante a singulièrement anémié l'enfant. Toutes les médications anti-spasmodiques ont été essayées en vain. Le médecin traitant prescrit 8 cuillerées à café de solution buvable en quatre fois. Deux jours après, la toux avait sensiblement diminué et les reprises étaient bien moins nombreuses.

Au bout de 5 jours, l'enfant était considéré comme complètement guéri et l'appétit était redevenu excellent.

Uréthrite polymicrobienne chronique. — Médication phagogène. — Guérison.

M. R.., âgé de 38 ans, cultivateur, est soigné par le Docteur Thomas-Latour, à Villefranche-de-Lauragais, pour une uréthrite polymicrobienne chronique. La maladie a débuté en mars 1894, par une blennorragie aiguë qui est passée rapidement à l'état chronique malgré tous les traitements institués. Il y a deux mois, l'urèthre était très enflammé et la suppuration devenait très abondante au moindre écart de régime. La médication phagogène est commencée le 25 juillet. Le malade reçoit neuf injections sous-cutanées et absorbe quatre flacons de solution buvable. Au bout de huit jours de traitement, l'inflammation avait disparu ainsi que la suppuration. Le médecin traitant fait remarquer que pendant le traitement, le malade a ressenti quelques douleurs articulaires, une céphalée assez violente, mais jamais de fièvre. Après le traitement, le malade vient dire à son médecin qu'il a une aptitude beaucoup plus grande au travail physique et au travail intellectuel; il se trouve, dit-il, d'une gaieté exubérante.

Impétigo. — Lymphangite chronique. — Médication phagogène. — Guérison.

L'enfant X..., âgé de 8 ans, est atteint d'un impétigo, genre impétigo de Hébra. Cet impétigo s'accompagne de démangeaisons insupportables et de lymphangite chronique. L'enfant reçoit chaque jour une injection de 2 centimètres cubes et absorbe une cuiller à bouche de solution buvable toutes les quatre heures. Au bout de huit jours, cette dermatose avait complètement disparu, alors qu'elle avait résisté à tous les traitements pendant plusieurs mois. Le médecin ajoute : « Je suis émerveillé des résultats et je viens vous prier de vouloir bien me délivrer à nouveau ce précieux produit. »

Furonculose généralisée. — Sciatique droite. — Médication phagogène. — Guérison.

Mme F..., 26 ans, présente le 1er juin 1910, une sciatique droite très douloureuse et des lésions de furonculose généralisée. 27 jours après le début des accidents, le Docteur Amieux est appelé auprès de la malade. Il prescrit une injection de 2 centimètres cubes de solution injectable tous les jours et 90 grammes de solution buvable par jour. La douleur sciatique s'est atténuée au bout de 3 jours et elle avait complètement disparu le quatrième jour. La furonculose avait disparu huit jours après.

Traitement de la tuberculose par les injections phagogènes spécifiques (méthode de Doyen).

Injection en série de trois liquides successifs : A, PH, PHT.

Pleurésie diaphragmatique tuberculeuse. — Médication antituberculeuse. — Guérison.

Mlle H... . âgée de 7 ans et demi, tombe malade dans les premiers jours d'avril 1910. Elle présente une température très élevée qui atteint le soir 40°. Le médecin traitant diagnostique une fièvre typhoïde et il fait appel au Docteur X... de la Pitié qui confirme ce diagnostic. Un séro-diagnostic fait par le Docteur Z... de Beaujon parut déceler la présence de bacille d'Eberth.

Pendant 40 jours, l'enfant est mis à la diète lactée d'abord, absolue ensuite. Le traitement consistait à donner des lavements froids et à faire des injections sous-cutanées de Colargol. L'affaiblissement s'accentuait de jour en jour, et la malade se cachectisait rapidement. La fièvre ne cessant pas ses oscillations régulières, les médecins eurent des doutes et l'on fit une radiographie. La situation était désespérée. Les médecins changèrent leurs prescriptions; ils ordonnèrent de la suralimentation. Devant une pareille incohérence de thérapeutique, le père de l'enfant appela en consultation le Docteur V... qui constata de la submatité au niveau des deux tiers inférieurs du poumon droit. Il remarqua de plus que le foie avait triplé de volume et il conclut à un kyste hydatique causé par l'échinocoque; la radioscopie révéla de plus deux épanchements liquides près du diaphragme; une ponction fut faite sans résultat; l'opération décidée fut pratiquée le 19 juin et montra la véritable cause du mal. Une large incision intercostale fit évacuer l'épanchement et révéla la présence de lésions tuberculeuses. L'injection du liquide à des cobayes et l'examen microscopique d'un fragment du diaphragme décelèrent la nature bacillaire de l'affection. Dès l'opération, la malade prit un peu de force, l'appétit réapparut, et la fièvre qui avait un peu diminué, commença à revenir; la courbe remontait peu à peu et quelques poussées se produisirent; c'est alors que le 10 juillet, la médication phagogène de Doyen fut commencée. Chaque piqûre amena des réactions intenses et des élévations qui varièrent entre 7 dixièmes et 1 degré et demi pour redescendre très vite et amener chaque fois un abaissement du niveau moyen de la température; l'appétit devint excellent et l'enfant augmentait régulièrement; à la fin des 12 piqûres, elle était sur pied; la fièvre avait disparu; la malade pesait 19 kilogrammes fin juin, et fin août l'on constatait une augmentation de 3 kilogr. 680 L'enfant prenait 10 à 12 cuillerées à café par jour de solution buvable pendant sa convalescence. Actuellement le foie est revenu au niveau normal. La respiration est très nette sur toute la hauteur du poumon malade.

Néphrite tuberculeuse. — Médication phagogène. — Amélioration.

M. M..., âgé de 45 ans, est atteint de néphrite tuberculeuse du rein gauche. La division des urines pratiquée il y a 5 ans, a révélé la présence de bacilles de Koch en assez grande quantité, dans l'urine secrétée par le rein gauche. Le 2 juillet 1910, le malade se présentait inquiet de son état. Il est très déprimé. On ne trouve pas de lésions des poumons, ni d'adénopathie symptomatique.

A la date de ce jour, il commence la médication phagogène. Le malade reçoit 12 injections Dès le traitement, il se sent plus fort. Il a retrouvé son appétit. L'analyse des urines révèle la présence de quelques rares bacilles de Koch. Il est sans aucun doute, nous écrit le médecin traitant, que, sous l'influence de la médication phagogène, il s'est produit une amélioration dans l'état général, sans aggravation de l'état local. Les injections paraissent avoir mis le malade dans de meilleures conditions de résistance vis-à-vis du microbe.

(Docteur Biousse).

Tuberculose péritonéale. — Amélioration.

Mlle C..., âgée de 33 ans, est malade depuis 4 ans. L'abdomen est très sensible à la palpation. L'on constate la présence d'une certaine quantité de liquide dans la cavité péritonéale. Le diagnostic de tuberculose péritonéale paraît évident.

A l'auscultation, le 26 juillet 1910, on trouve des lésions très nettes du poumon gauche, l'expiration est prolongée et l'on entend quelques craquements.

Le 26 juillet, la médication phagogène est commencée. Après 12 injections, il ne subsiste plus que de la matité et un peu de rudesse du murmure respiratoire. Les douleurs intestinales ont complètement disparu.

(Docteur Biousse).

Lupus de la face.

Mlle M..., âgée de 49 ans, demeurant aux Andelys, est soigné par le Docteur Calba pour un lupus traité jusqu'alors par scarifications.

Il reste quelques îlots sur les deux joues et des lésions ulcéreuses de la cloison du nez. La médication phagogène est commencée le 3 août 1910. Après 12 injections, le médecin traitant nous écrit que le traitement a été fort bien supporté et qu'il constate une amélioration des lésions.

Péritonite tuberculeuse fibro-plastique. — Médication phagogène. — Amélioration.

Mme C..., âgée de 22 ans, couturière, est soignée par le Docteur Campagne à Avignon, 36, rue Joseph Vernet, pour des lésions de tuberculose péritonéale.

L'affection tuberculeuse a commencé le 10 mars 1907. La malade présente actuellement un épanchement pleural gauche, une dyspnée intense et une toux quinteuse opiniâtre. Elle a beaucoup maigri et elle présente des sueurs profuses et des crises de lypothymies. A la palpation de l'abdomen, on remarque un gâteau péritonéal et l'on constate la présence d'un léger épanchement ascitique.

La médication phagogène est commencée le 11 août 1910. Après avoir administré 12 injections sous-cutanées, le médecin traitant nous écrit : « Le gâteau péritonéal a complètement diminué. Il s'aperçoit encore un peu au-dessus du pubis et dans la fosse illiaque droite. L'inappétence a bien diminué. Les piqûres ont été fort bien supportées. »

Pneumonie caséeuse d'origine tuberculeuse.

M. V..., âgé de 16 ans et demi, présente les signes de pneumonie caséeuse au niveau des sommets des deux poumons. Son médecin traitant, le Docteur Hayem, 20, rue des Petits-Champs à Paris, constate une température très élevée qui atteint parfois 40°. On constate au sommet gauche une obscurité respiratoire complète et l'on pense à l'existence de cavernes. L'expectoration n'est pas très abondante, mais une diarrhée rebelle à tout traitement fatigue énormément le malade.

La médication phagogène est commencée le 20 août 1910.

Au cours de la convalescence, peu de temps après, le malade nous annonçait que la période d'anorexie était disparue, et que cette amélioration complète coïncidait avec une augmentation de son poids.

Bacillose aiguë. — Médication phagogène. — Guérison.

Mlle F..., âgée de 19 ans, tombe malade le 14 août. Elle présente des douleurs disséminées dans l'abdomen. La respiration est voilée à la base gauche. Les jours suivants, on constate une congestion pleuro-pulmonaire gauche très intense. Le 20, le côté gauche se dégage, mais le droit présente trois foyers de congestion : l'un dans la fosse sus-épineuse, l'autre au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, et le troisième à la base du poumon. Dans ces foyers, l'on note un souffle très intense et autour une pluie de râles crépitants.

Le 26, on note au niveau du poumon gauche un épanchement pleural qui remonte jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. La température est à 39° le soir et de 37° le matin.

La médication phagogène est instituée 17 jours après le début de l'affection. La température du 1er au 12 septembre continue à présenter des oscillations entre 36° 3 et 39° 2, mais après la 13e piqûre, la température cesse de dépasser la normale; les signes pleuro-pulmonaires qui avaient présenté une augmentation momentanée au début du traitement ont à peu près complètement disparu, les signes d'épanchements pleuraux se sont atténués.

Le médecin traitant nous écrit : « Actuellement, la convalescence s'est achevée normalement et la malade est complètement guérie. »

(Docteur Ecoffet à Chelles et M. Cabard, externe des hôpitaux).

Arthrite tuberculeuse du genou droit. — Guérison.

M Y..., 24 ans, tailleur d'habit à Saint-Aubin-d'Aubigné, est soigné par le Docteur Achard, de Saint-Germain-sur-Ille (Ille-et-Vilaine). Le malade souffre du genou droit depuis janvier 1910 et l'on observe une douleur qui est survenue au moment de son service militaire. Il a été réformé pour faiblesse de constitution et bronchite suspecte. Avant le traitement, on constatait une douleur à la flexion du genou. Le genou est gonflé; il mesure 39 cent. 1/2. La respiration est rude aux deux sommets.

La médication phagogène est commencée le 8 juillet 1910. Après douze injections, la toux est disparue et le genou diminue lentement, la douleur cesse petit à petit et la fièvre disparaît. Le 6 septembre, la douleur du genou est presque totalement disparue, le malade peut poser le pied sur le sol et remuer la jambe sans douleur, la circonférence du genou a diminué de 6 centimètres. L'état général est excellent. Une seconde série de piqûres est commencée.

Tuberculose pulmonaire au 1er degré chez un emphysémateux. — Amélioration.

M. R.... âgé de 36 ans, est soigné par le Docteur Cesbron, à Chars. Ce malade présente des lésions de tuberculose pulmonaire au 1er degré. L'affection a débuté en avril 1908. Le malade présente une toux quinteuse et des crachats sanguinolents; il est essoufflé au moindre effort et éprouve une grande faiblesse. L'on constate un degré d'emphysème généralisé très accentué et un certain état congestif pulmonaire à droite qui se traduit par des râles secs sous-crépitants.

La médication phagogène est commencée le 20 juillet 1910; les premières piqûres ont été suivies d'un certain état de faiblesse. Mais les troubles emphysémateux ont considérablement diminué.

Après avoir administré 12 injections sous-cutanées, le médecin traitant nous écrit : « Le malade est toujours un peu essoufflé, mais les phénomènes congestifs pleuro-pulmonaires ont notablement diminué. Mon malade peut faire de longues promenades ».

Bronchite bacillaire. — Amélioration.

M. C..., âgé de 22 ans, mécanicien, est soigné par le Docteur Pinet, de Pont-l'Évêque, pour une bronchite diffuse qui envahit tout le poumon gauche.

On constate la présence de nombreux râles et l'examen bactériologique des crachats a révélé la présence de bacilles de Koch.

Le traitement par la médication phagogène est commencé le 30 juillet.

Après douze injections, on constate une amélioration des signes physiques et le poids a augmenté de 500 grammes.

Phtisie torpide. — Amélioration.

M. T ..., manœuvre, est soigné par le Docteur Simon, de Saint-Denis, pour une pleuro-pneumonie. L'on constate au sommet droit la présence de râles humides; la respiration est rude, pas d'appétit, amaigrissement.

La médication phagogène est commencée le 8 août 1910. Après 11 injections, le malade a le sentiment d'une amélioration réelle, les piqûres ont été quelquefois douloureuses. L'appétit est maintenant excellent et les digestions sont plus faciles, les selles sont régulières : la toux a presque disparu; l'expectoration est cependant encore abondante; les râles ont singulièrement diminué.

Bronchite bacillaire. — Amélioration.

Mlle G..., âgée de 25 ans, est soignée par le Docteur Saintin, de Reims, pour une bronchite suspecte qui date de plusieurs années

La toux est fréquente et l'expectoration très abondante. A l'auscultation, on note des râles sous-crépitants disséminés aux deux poumons.

Le traitement par la médication phagogène est commencé le 1er août 1910. Après douze injections, on constate que la malade a meilleure apparence; elle mange bien et elle est plus gaie.

L'expectoration a diminué et les signes stéthoscopiques ont notablement changé, les râles humides ont disparu et l'on note encore des sibilances; la respiration est encore rude à droite; le poids n'a pas changé sensiblement.

Bacillose pulmonaire au 2e degré chez un saturnin. — Médication phagogène. — Amélioration.

M. F..., âgé de 35 ans, est malade depuis 2 ans. Il présente un amaigrissement notable. La toux est fréquente et les crachats sont très abondants. Le malade a eu plusieurs hémoptysies légères. L'appétit a complètement disparu. L'état général est très précaire. Le malade a présenté autrefois des accidents de saturnisme.

La médication phagogène est instituée le 2 juillet 1910 par le docteur Biousse. A partir de la 7e injection, les forces reviennent et l'appétit réapparaît. La toux diminue et le sang disparaît des crachats. Le 9 août, le médecin traitant nous écrit : « Mon malade me paraît guérir. Il ne tousse plus et se sent très robuste. L'auscultation ne révèle plus aucun signe de lésions tuberculeuses. L'état général est excellent ».

Tuberculose pulmonaire 2e degré. — Amélioration.

Mme D..., âgée de 35 ans, est malade depuis 3 ans. Elle tousse continuellement et présente une expectoration muco-purulente très abondante. L'état général est très mauvais. A l'auscultation, on constate la présence de foyers de râles sous-crépitants au sommet gauche en avant et en arrière. Au sommet droit, l'on note une respiration rude avec expiration prolongée et quelques craquements. Quelques gros râles disséminés dans tout le reste de la poitrine.

La médication phagogène est instituée. Après 12 injections, l'on constate que les râles du sommet sont beaucoup moins nombreux, la malade tousse beaucoup moins, et son expectoration est bien moins abondante.

Son aspect a complètement changé et elle se sent très robuste.

En somme, nous écrit le médecin traitant le docteur Biousse, mes conclusions sont très favorables pour la médication phagogène. J'ai assisté à une transformation complète de l'état général et de l'habitus de ma malade. Les lésions sont en très bonne voie d'amélioration.

Tuberculose pulmonaire au 2e degré. — Amélioration.

Mme E..., âgée de 25 ans, tousse depuis plusieurs années et a toujours présenté une expectoration abondante. L'examen révèle de la submatité à droite. La respiration est soufflante et l'expiration prolongée à droite. En arrière à gauche, on entend de nombreux frottements et des crépitations avec pleurodynie.

La médication phagogène est commencée le 21 juillet 1910. Après la série de 12 piqûres, l'appétit a augmenté. Il persiste des crépitations aux bases et au sommet gauche en arrière. Cependant les signes stéthoscopiques se sont sensiblement atténués.

En 6 semaines, la malade a augmenté de 5 livres.

(Dispensaire des Mutualistes : Fondation nationale Emile-Loubet. — Service du Docteur Martin Saint-Laurent).

Tuberculose pulmonaire au 2e degré. — Amélioration.

Mme L..., âgée de 30 ans présente, du côté du poumon gauche des signes de tuberculose au 2e degré. Elle a eu, il y a 7 ans, une pleurésie droite avec épanchement et depuis des hémoptysies continuelles.

L'examen bactériologique des crachats a révélé la présence de bacilles de Koch. L'on observe à la percussion du sommet gauche des douleurs très marquées. La respiration

est rude et soufflante. L'on entend des craquements disséminés surtout à gauche. L'anémie est très accentuée.

La médication phagogène est commencée le 27 juillet 1910. Après la série de 12 piqûres et bien que celles-ci aient occasionné des réactions assez fortes, l'état général est un peu amélioré. La malade éprouve une sensation d'amélioration et, en 6 semaines, elle a augmenté de 1.900 grammes.

Tuberculose pulmonaire au 2e degré. — Médication phagogène. — Amélioration.

Mme M... fleuriste, âgée de 2 ans, est malade depuis janvier 1910. Elle est soignée dans le service du Docteur Martin Saint-Laurent, au Dispensaire des Mutualistes, 182, rue du Château-des-Rentiers. Elle présente des lésions de tuberculose pulmonaire très accentuées. L'expiration est prolongée à droite, l'inspiration est soufflante et rude à gauche. On note de la submatité à droite et de la matité à gauche Au sommet droit, un foyer de râles crépitants s'entend dans toute la fosse sus-épineuse.

La médication phagogène par la méthode de Doyen est commencée le 21 juillet 1910. Après la série de 12 piqûres, l'état général est très sensiblement amélioré. Le foyer de craquements persiste encore dans la fosse sus-épinense droite. L'inspiration est beaucoup moins rude en avant et à gauche. La malade en six semaines a augmenté de 4 livres.

(Observation communiquée par M. Hersant, interne du service).

Tuberculose pulmonaire au 2e degré. — Médication phagogène. — Amélioration.

Mme G...,âgée de 29 ans, est soignée pour de la tuberculose pulmonaire au deuxième degré.

Dans les antécédents,l'on note que le père est mort de méningite tuberculeuse,et que la mère a toujours toussé. La malade a eu deux grossesses interrompues et tousse depuis trois ans. En juin 1910, elle a eu une hémoptysie. A l'auscultation, on constate que la respiration est rude et soufflante avec râles muqueux au sommet gauche. L'examen bactériologique des crachats a révélé la présence de bacilles de Koch.

Le traitement par la médication phagogène est commencé le 21 juillet 1910. Après douze injections, on constate une amélioration notable de l'état général ; les râles ont disparu et la malade a augmenté en six semaines de 3 livres.

(Dispensaire Loubet. — Service du Docteur Martin Saint-Laurent).

Tuberculose pulmonaire au 2e degré. — Médication phagogène. — Amélioration.

Mlle H..., âgée de 30 ans, ménagère, présente des lésions de tuberculose pulmonaire au deuxième degré. Il y a sept ans, elle a eu une pleurésie droite avec épanchement. Son père est mort tuberculeux. Depuis sa pleurésie, elle tousse, crache et présente des hémoptysies fréquentes. Elle a beaucoup maigri. La respiration est haletante, la dyspnée intense et la malade se trouve dans un état d'anémie très prononcé.

L'examen des signes physiques permet de constater une respiration soufflante aux deux sommets avec des craquements disséminés; la percussion est d'ailleurs très douloureuse. L'examen bactériologique des crachats a révélé la présence de bacilles de Koch.

Après douze injections sous-cutanées, on constate que l'état général est sensiblement amélioré et que les signes stéthoscopiques n'ont pas sensiblement changé, mais l'appétit a notablement augmenté. En six semaines, la malade a augmenté de quatre livres.

(Dispensaire Loubet. — Service du Docteur Martin Saint-Laurent.)

Tuberculose pulmonaire au 1er degré. — Médication phagogène. — Amélioration.

Mlle M..., âgée de 27 ans, présente des lésions de tuberculose pulmonaire qui ont dû débuter en janvier 1910. Actuellement, elle tousse, crache et elle a maigri énormément On constate à l'examen des signes physiques de la submatité au niveau du sommet droit et de la matité au sommet gauche. L'expiration est très prolongée au sommet droit.

Après douze injections sous-cutanées, on observe une diminution de la toux et des crachats, la suppression des râles et une augmentation de poids et de l'appétit. En six semaines, la malade a augmenté de 4 livres.

(Dispensaire Loubet. — Service du Docteur Martin Saint-Laurent).

Nous recevons d'un médecin traitant du sanatorium de Sainte-Feyre la lettre suivante :

« Nous venons de commencer à soigner nos malades par votre méthode et il nous semble déjà qu'ils se trouvent bien du traitement. Chez deux ou trois d'entre eux, la température fébrile est actuellement redevenue normale, et les malades se sentent mieux ».

Tuberculose pulmonaire au 2e degré. — Médication phagogène. — Amélioration.

M. G..., instituteur, 25 ans, est soigné au sanatorium de Sainte-Feyre pour des lésions tuberculeuses du deuxième degré. Avant le traitement, on observait un ramollissement de la moitié supérieure gauche et une infiltration de la moitié supérieure droite, toux et expectorations abondantes, appétit médiocre, fièvre vespérale, craquements humides des lobes supérieurs droits, respiration rude et soufflante de la moitié supérieure gauche avec quelques craquements à la base en avant. Nombreux bacilles de Koch.

La médication phagogène est commencée le 6 septembre. On fait au malade deux injections par semaine. On note déjà une amélioration de l'état général. L'appétit est meilleur, le traitement est continué.

Tuberculose pulmonaire au 2e degré. — Médication phagogène. — Amélioration.

Mme O . , institutrice, 33 ans, est soignée au sanatorium de Sainte-Feyre pour des lésions tuberculeuses pulmonaires du deuxième degré et aux deux sommets qui ont débuté en février 1909. On note des râles fins, de la toux; l'expectoration est abondante, la température n'a jamais été bien élevée.

La médication phagogène est commencée le 3 août 1910. Après 15 injections, l'état général est amélioré ; on constate la disparition des bacilles de Koch.

Tuberculose pulmonaire au 2e degré. — Médication phagogène. — Amélioration.

M. V..., instituteur, 26 ans, est soigné au sanatorium de Sainte-Feyre pour des lésions bacillaires qui ont débuté en juin 1908; le malade présentait des signes locaux au niveau du poumon gauche de tuberculose au deuxième degré, l'expectoration est très abondante, la toux le fatigue beaucoup.

La médication phagogène est commencée le 6 août 1910. Après 14 injections, l'état général est resté stationnaire, l'amaigrissement ne s'est plus produit, les signes locaux ont disparu à droite et sont encore plus denses à gauche; le malade se sent cependant beaucoup mieux et il est décidé à continuer le traitement.

Nous recevons du Docteur Albert Salivas, Directeur du Sanatorium d'Avon, près Fontainebleau (Seine-et-Marne), la lettre suivante :

« Je vous enverrai très prochainement les observations relatives aux malades soumis à votre traitement. Mais d'ores et déjà, je puis vous dire que les résultats me paraissent très satisfaisants. Dans tous les cas, la médication a été fort bien supportée ».

Tuberculose au 2e degré. — Amélioration.

M. G..., âgé de 43 ans, mécanicien, est soigné par le Docteur Cassoute, hôpital de la Conception à Marseille. L'affection a débuté le 24 décembre 1904, à la suite d'un refroidissement; actuellement, le malade présente une infiltration gauche et un début d'infiltration à droite. La toux est fréquente, les crachats sont hémoptoïques et à l'examen bactériologique, on a constaté la présence de bacilles de Koch.

La médication phagogène est commencée le 8 septembre 1910. Les injections ont été fort bien supportées. Après la 9e injection, le médecin traitant nous écrit que son malade crache et tousse moins, la dyspnée a singulièrement diminué et surtout il y a une amélioration considérable de l'état général, due au meilleur fonctionnement du tube digestif; le malade se sent mieux depuis le début du traitement.

Tuberculose pulmonaire au 2e degré. — Amélioration.

M. F..., âgé de 26 ans, journaliste, est soigné par le Docteur Cassoute, médecin directeur de l'hôpital de la Conception à Marseille. Le malade, à la suite d'un rhume survenu en juillet 1908, a fait de la tuberculose pulmonaire. L'examen bactériologique des crachats a révélé la présence de bacilles de Koch et l'on constate avant le traitement des signes de pleurite au sommet gauche et quelques craquements secs en avant. A droite des craquements sus et sous-claviculaires en avant. En arrière du poumon droit et avec une prédominance marquée sur la signe axillaire l'on entend des craquements.

La médication phagogène est commencée le 6 septembre 1910. Le malade reçoit 3 injections par semaine. Après la 10e injection, le médecin traitant nous écrit : « J'ai constaté une amélioration dans l'état général et une reprise de l'appétit ».

Tuberculose pulmonaire et laryngite bacillaire. — Amélioration

M. M..., âgé de 34 ans, est soigné par le Docteur Borderès, à Montréjeau. Le malade est en traitement depuis 3 semaines pour de la tuberculose pulmonaire au 2e degré. Le médecin traitant nous écrit : « Après 3 semaines de traitement, nous ne sommes pas sans résultats obtenus. Ces résultats sans être définitifs nous encourage à persévérer dans notre ligne de conduite.

« D'après l'examen du malade, il y a des indications diverses qui tendent à faire prononcer le mot « amélioration »; le facies est meilleur, l'œil est plus vif, la voie s'est affermie tout en gardant une certaine raucité. La toux a diminué et la sécrétion bronchique s'est atténuée de plus de la moitié. L'appétit semble renaître, la dysphagie diminue, la température reste normale, les sueurs nocturnes ont disparu complètement, et les cordes vocales se maintiennent mieux au point de vue de l'émission des sons.

Tuberculose pulmonaire au 2e degré. — Amélioration.

M. L., 31 ans, est soigné pour des lésions tuberculeuses du 2e degré qui ont débuté il y a un an. A cette époque, on constatait une induration du sommet droit, quelques

craquements secs, de la matité, de l'expectoration muqueuse et de l'amaigrissement.
La médicatioo phagogène est commencée le 15 juillet 1910. Les injections ont été très bien supportées; on constate que l'expectoration est moindre, les craquements diminuent sensiblement et le malade a augmenté de 300 grammes en six semaines.

Tuberculose pulmonaire au 2e degré. — Amélioration.

Nous recevons du Docteur Rosières, de Villefranche-sur-Mer, la lettre suivante :

« J'ai traité un malade atteint de tuberculose au 2e degré par votre méthode.
Voici quelques renseignements intéressants que j'ai pu constater :
La maladie avait débuté en juin 1908 par une pleuro-pneumonie à la suite d'un refroidissement. Le malade fait une convalescence de deux mois, tousse beaucoup, et il est réformé au régiment. Avant le traitement, il présentait une maigreur extrême. L'expectoration était très abondante, la toux modérée. Il dormait mal la nuit et avait des cauchemars; il était nerveux et très excitable. J'ai constaté l'effet favorable de votre médication. Je suis tout disposé à continuer le traitement ».

Tuberculose pulmonaire au 2e degré. — Médication phagogène. — Amélioration.

Mlle B..., âgée de 16 ans, est soignée par le Docteur Richard, à Rivarennes (Indre). La malade présente des lésions de tuberculose pulmonaire au 2e degré, lésions qui auraient débuté en septembre 1909. L'on pouvait constater avant le traitement une matité très nette dans la fosse sus-épineuse droite et des râles fins disséminés dans tout le sommet du poumon droit. L'examen bactériologique a révélé la présence de nombreux bacilles de Koch. Le malade reçoit 12 injections et ingère 4 flacons de solution buvable. Après le traitement, fini le 28 août 1910, l'on pouvait constater une amélioration sensible des signes stéthoscopiques et la malade, en 6 semaines, a augmenté de 4 livres.

Tuberculose pulmonaire au 2e degré. — Amélioration.

M. B..., âgé de 36 ans, comptable, est soigné par le Docteur Pascal Mekdjian. La maladie a débuté en mars 1910, et avant le traitement, on pouvait constater une toux abondante, une dypsnée vive, une voix rauque. Les crachats sont striés d'éléments abondants et de sang. L'état général est compromis et le malade maigrit beaucoup.
La médication phagogène de Doyen est commencée le 1er août. Le malade reçoit 12 injections et le médecin traitant nous donne les renseignements suivants : « Je constate une grande amélioration dans l'état général ; l'état local est encore stationnaire; les forces et l'appétit sont revenus, les piqûres n'ont été nullement douloureuses ».

Tuberculose pulmonaire au 2e degré. — Amélioration. — Epanchement pleural.

M. G..., âgé de 27 ans, cultivateur dans la Vienne, est soigné par le Docteur Banchereau, à Arçay. Les lésions de tuberculose pulmonaire ont débuté en mars 1908. L'on pouvait constater un essoufflement très accentué; on notait une matité très étendue au sommet en avant et en arrière et une pluie de craquements secs. L'expiration est très rude et très prolongée. Le malade a des sueurs profuses. L'expectoration est purulente et le malade a une pâleur anémique.

La médication par la méthode phagogène de Doyen est commencée le 14 août et terminée le 12 septembre. Le malade a reçu 12 injections sous-cutanées et a ingéré 2 flacons de solution buvable. Il présente après le traitement une amélioration notable des lésions. La respiration est plus facile; on note beaucoup moins de dypsnée. L'épanchement pleural s'est presque résorbé tout seul.

Tuberculose pulmonaire au 2e degré. — Amélioration.

M. L..., âgé de 25 ans, mécanicien à Douai, est soigné par le Docteur Paquet, pour de la tuberculose pulmonaire au 2e degré. Ces lésions ont débuté il y a 15 ans. Avant le commencement du traitement, l'on pouvait constater la présense d'une bronchite tuberculeuse localisée au sommet droit et des frottements très accentués aux deux bases.

La médication de Doyen est commencée le 1er août. Le malade augmente de deux livres en trois mois, et après avoir cessé le traitement, le médecin traitant nous écrit que « l'amélioration est notable ».

Tuberculose pulmonaire aiguë. — Amélioration.

Mme B..., est soignée par le Docteur Malherbe, de La Rochelle, pour des lésions bacillaires qu'elle présente depuis deux mois. Ces lésions prennent une évolution très rapide, le poumon gauche est complètement envahi. l'état général est très mauvais. L'examen révèle de nombreux bacilles de Koch (15 à 20 par champ microscopique).

La médication phagogène est commencée le 12 juillet 1910. Après 22 injections sous-cutanées et l'absorption de 9 flacons de solution buvable, le médecin traitant nous écrit : « Le sommet gauche est dégagé, les râles ont diminué et le malade est en excellente voie de guérison. »

Tuberculose pulmonaire au 2e degré. — Amélioration.

M. P. ., âgé de 35 ans, employé des Postes à Douai, est soigné par le Docteur Paquet pour de la tuberculose pulmonaire au 2e degré. Les lésions sont localisées au lobe supérieur droit. L'état général est assez bon. L'examen bactériologique des crachats a révélé la présence de bacilles de Koch.

La médication phagogène est commencée le 2 août. Le malade reçoit 18 injections sous-cutanées. Le malade augmente de 700 grammes. Les craquements ont alors diminué en nombre et en intensité. L'expiration est moins prolongée et moins soufflante. Les piqûres n'ont jamais été douloureuses.

Tuberculose pulmonaire au 2e degré. — Amélioration.

Mme X..., 29 ans, est soignée par le Docteur Humbert, Le Cateau (Nord). Elle présente des lésions tuberculeuses qui ont débuté il y a 7 ans. Avant le traitement, on constatait des signes de ramollissement du sommet droit, des hémoptysies fréquentes; l'état général était médiocre.

La médication phagogène est commencée le 16 juillet 1910. Après 12 injections sous-cutanées et après avoir absorbé 6 flacons de solution buvable, on constate que les râles ont complètement disparu à gauche, en arrière et en avant; l'état général est meilleur; la malade éprouve un bien-être auquel elle n'était pas habituée.

Tuberculose pulmonaire au 2e degré. — Amélioration.

Mlle B..., 15 ans, couturière, est soignée par le Docteur Félix, de Châteauroux. La maladie a débuté en octobre 1909. Depuis cette époque, la malade maigrit progressivement et a eu de fréquentes hémoptysies, amaigrissement, toux opiniâtre, transpirations nocturnes très pénibles. A l'auscultation, on note des symptômes de ramollissement au sommet droit, de l'induration du sommet gauche avec quelques râles. On trouve de nombreux bacilles de Koch à l'examen bactériologique.

La médication phagogène est commencée le 12 septembre 1910. Après 12 injections, on constate une augmentation de poids de 6 livres, les râles ont presque disparu, l'appétit est devenu excellent, l'expectoration a beaucoup diminué; les règles qui avaient disparu, ont réapparu normales.

Tuberculose pulmonaire au 2e degré. — Amélioration.

M. N..., 24 ans, ouvrier agricole, est soigné par le Docteur Louit, de Jegun (Gers), pour des lésions pulmonaires ayant débuté en 1909. Le malade a eu trois hémoptysies en deux ans; il ressent une fatigue considérable, des sueurs profuses, des crachats muqueux le matin; l'appétit est presque nul. Il présente de l'induration des deux sommets, et depuis un an, il a maigri progressivement.

La médication phagogène est commencée le 12 août 1910. On fait à ce malade des injections suivant les prescriptions du Docteur Doyen et l'on observe après le traitement un retour des forces et une augmentation de l'appétit; les sueurs ont beaucoup diminué.

Tuberculose au 2e degré. — Amélioration.

Mme G..., âgée de 29 ans, présente des signes de tuberculose pulmonaire au 2e degré. Elle a eu trois grossesses interrompues et tousse depuis 3 mois de façon continuelle. Elle a eu au mois de juin des crachats teintés de sang. On constate une submatité légère et une respiration soufflante et rude au sommet gauche en avant.

La médication phagogène est commencée le 21 juillet 1910. Après la série de 12 piqûres, l'appétit est revenu; l'état général s'est très sensiblement amélioré.

La respiration est encore granuleuse, mais n'est plus soufflante. Il subsiste un peu de rudesse, mais bien atténuée.

En 6 semaines, la malade a augmenté de 1.300 grammes.

(Dispensaire des Mutualistes : « Fondation nationale Émile Loubet ». — Service de M. le Docteur Martin Saint-Laurent).

Tuberculose au 2e degré. — Amélioration.

Mme B..., blanchisseuse, âgée de 26 ans, présente des lésions de tuberculose pulmonaire au 2e degré. Elle a eu une pleurésie avec épanchement en janvier 1909. Elle tousse et crache depuis. Elle a eu des métrorrhagies et hémoptysies très abondantes.

En avant, submatité légère au sommet gauche. En arrière, submatité au sommet droit. En avant et en arrière, et surtout dans la fosse sous-épineuse, inspiration soufflante, saccadée, et nombreux râles humides, disséminés un peu partout.

La médication phagogène est commencée le 21 juillet 1910. Après la série de 12 piqûres, l'amélioration de l'état général est très sensible. La malade ne tousse plus et le faciès est beaucoup meilleur.

Les râles humides au sommet gauche ont disparu. Il subsiste quelques craquements humides au sommet droit en arrière.

En six semaines, la malade a augmenté de 1.900 grammes.

Tuberculose pulmonaire au 2e degré. — Amélioration.

M. B..., âgé de 21 ans, employé, est soigné par le Docteur Gantier (Paris). La maladie a débuté en 1907 et actuellement l'on constate des lésions secondaires très étendues au sommet gauche jusqu'à l'angle inférieur du scapulum. La respiration est rude et soufflante au sommet droit. L'état général est précaire.

La médication phagogène est commencée le 4 août 1910. Le malade reçoit 14 injections sous-cutanées et ingère 2 flacons de solution buvable. Après le traitement, le médecin traitant nous écrit : « J'ai constaté que, grâce à la médication phagogène, il s'est produit un léger abaissement de la température, le poids a augmenté sensiblement, le malade se sent mieux; il est moins essoufflé et respire plus facilement. Les sueurs nocturnes ont à peu près disparu ».

Tuberculose pulmonaire au 2e degré. — Entérite bacillaire. — Amélioration.

M. M..., âgé de 28 ans, mécanicien, est soigné par le Docteur Martin, 29, rue des Réformes à Chantenay-sur-Loire. A la suite d'une bronchite aiguë survenue en décembre 1904, le malade a présenté des symptômes d'affection tuberculeuse. Il a beaucoup maigri, des sueurs profuses sont survenues; l'expectoration est très abondante et le malade présente parfois de fortes élévations de température. L'état général est très mauvais. L'examen bactériologique des crachats a révélé la présence de bacilles de Koch.

On constate avant le début du traitement des signes de tuberculose pulmonaire au deuxième degré à droite avec un état congestif, s'étendant en avant et en arrière du même côté. L'on note quelques gargouillements au sommet gauche. Le malade présente une diarrhée rebelle à tout traitement.

La médication phagogène est commencée le 3 septembre 1910.

« Le malade après avoir reçu 12 injections sous-cutanées et ingéré 6 flacons de solution buvable présente une amélioration très apparente et très nette de l'état général, nous écrit le médecin traitant. L'appétit est redevenu normal, la diarrhée a disparu et le malade dort mieux. L'état des lésions pulmonaires est amélioré ».

Tuberculose pulmonaire au 2e degré. — Amélioration.

M. C..., âgée de 37 ans, ouvrier d'usine, est soigné par le Docteur Alfred Jacquot, à Audincourt, pour de la tuberculose pulmonaire du poumon droit. La maladie a débuté le 5 mai 1910. L'on constate au sommet droit des craquements secs, de nombreux râles disséminés et un foyer de tuberculose sous-claviculaire et dans la région inter-scapulo-vertébrale droite. Le malade présente une laryngite bacillaire. La voix est rauque et il a complètement perdu l'appétit. Il a une diarrhée qui l'épuise. L'examen bactériologique a révélé la présence de bacilles de Koch, de streptocoques et de staphylocoques. Les crachats sont abondants.

La médication phagogène est commencée le 13 août 1910. Le malade après 13 injections présentait un mieux considérable et le médecin traitant décide de continuer le traitement. Voici ce qu'il nous écrit à propos de ce malade : « Les injections ont été fort bien supportées, le malade se trouve tellement satisfait du traitement qu'il demande à ce qu'il soit continué Je tiens à vous faire remarquer qu'après 13 piqûres, je n'ai pas trouvé de modifications sensibles à l'auscultation, mais le malade mange mieux, et l'essoufflement a diminué. Il n'a plus de diarrhée et il a augmenté de 2 livres en 1 mois.

Tuberculose pulmonaire au 2e degré. — Amélioration.

Mlle B..., âgée de 18 ans. est soignée par le Docteur Bardin de Cussy-les-Farges. Elle présente au niveau de la base pulmonaire gauche de nombreux râles fins. La médication phagogène est commencée le 18 août 1910. La malade a bien supporté les piqûres qui ont amélioré son état de santé au point de vue des lésions pulmonaires et surtout au point de vue de l'état général. La malade mange beaucoup mieux.

Tuberculose pulmonaire au 2e degré. — Amélioration.

M. T..., âgé de 45 ans mécanicien, est soigné par le Docteur Bounal d'Arcachon. A la suite d'une bronchite mal soignée il y a deux ans, le malade a présenté une poussée tuberculeuse au niveau du poumon gauche. Il a rapidement maigri de 14 livres en deux ans. L'expectoration est devenue abondante et l'appétit est devenu nul. A l'auscultation, l'on notait des râles muqueux sur tout le côté gauche. L'examen bactériologique des crachats a révélé la présence de bacilles de Koch.

La médication phagogène est commencée le 1er août 1910. Après avoir pratiqué 12 injections sous-cutanées et fait ingérer 12 flacons de solution buvable, le médecin traitant nous écrit : « Dès les premières injections, j'ai constaté un mieux sensible qui s'est accentué de plus en plus, mais vers le milieu du traitement à la suite d'une imprudence (le malade a pris froid) une poussée de bronchite grave s'est déclarée qui a nuit au bien immédiat que promettait le début de la médication. La réaction locale à l'infection était très vive et même très douloureuse. L'expectoration a bien diminué. Grâce à la médication phagogène, la bronchite contractée au cours du traitement n'a pas eu de suite malheureuse et a même été enrayée sans autre intervention. L'on doit donc bien augurer d'un traitement qui, dans la circonstance, n'est que commencé ».

Tuberculose des deux sommets au 2e degré. — Amélioration.

M. B..., âgé de 42 ans, employé, est soigné par le Docteur Belêtre, à Saunoy. La maladie a débuté en 1895. Actuellement, on peut constater une infiltration des deux sommets. La toux est abondante et l'expectoration légère, quelquefois, prend le caractère hémoptoïque. La malade est neurasthénique. Il pèse 82 livres. L'examen bactériologique a révélé la présence de nombreux bacilles de Koch.

La médication phagogène est commencée le 10 août 1910. La malade reçoit 12 injections sous-cutanées. Son médecin traitant nous dit que la toux persiste encore, mais que les crachats se sont modifiés; l'appétit a augmenté et cependant au point de vue des lésions locales, nous ne constatons pas de différences considérables.

Tuberculose pulmonaire au 3e degré. — Amélioration.

M. P..., âgé de 28 ans, employé de commerce, est soigné par le Docteur Weill, 15, avenue des Gobelins. Le malade présente une affection tuberculeuse qui a débuté le 23 juin 1909. Il a eu de fréquentes hémoptysies. Avant le traitement, l'on pouvait constater des signes cavitaires au sommet droit, des râles sous-crépitants et de nombreux râles sibilants sur toute la hauteur du poumon gauche. L'expectoration est peu abondante. L'examen bactériologique a révélé la présence de bacilles de Koch.

La médication antituberculeuse de Doyen est commencée le 12 juillet 1910. Les injections ont été fort bien supportées et n'ont jamais provoqué d'élévation thermique. Après 24 injections sous-cutanées; il s'est produit une amélioration considérable des

troubles locaux et de l'état général. L'essoufflement a diminué. L'on note une augmentation de poids de 6 livres en 12 semaines. Le traitement est continué.

Tuberculose au 3e degré. — Amélioration.

Mme J..., âgée de 29 ans, à Vincennes, est soignée par le Docteur Differdange pour de la tuberculose pulmonaire. L'affection a commencé il y a deux ans. Actuellement, on constate une infiltration du poumon gauche et la présence d'une caverne au sommet droit. La toux est fréquente et l'expectoration très abondante. La température atteint le soir 40°. L'état général est très mauvais.

La médication antituberculeuse de Doyen est commencée le 22 juillet 1910. Après avoir reçu 14 injections et ingéré 3 flacons de solution buvable le médecin traitant nous écrit : « L'état général est très amélioré. La malade en 7 semaines a augmenté de 5 livres ».

Tuberculose pulmonaire au 3e degré. — Amélioration.

Mlle G..., âgée de 15 ans, est soignée par le Docteur Jacob, d'Arcis-sur-Aube. A la suite d'une grippe survenue en novembre 1909, la malade a présenté une poussée tuberculeuse à forme hémoptoïque. On constatait avant le traitement une induration du poumon gauche et la présence d'une caverne au sommet droit. L'état général est très mauvais et la malade pèse 38 kilogrammes. A l'examen bactériologique, on avait reconnu la présence de bacilles de Koch. La médication antituberculeuse de Doyen est commencée le 22 août 1910. Les injections n'ont jamais été douloureuses.

Après 12 injections sous-cutanées, on constate que les lésions pulmonaires se sont atténuées et la caverne paraît complètement desséchée. Le médecin traitant nous écrit : « Je suis convaincu de la cicatrisation de la caverne sous l'influence de cette médication. La malade en 6 semaines a augmenté de 2 livres ».

Tuberculose pulmonaire au 3e degré — Amélioration.

M. G..., âgé de 21 ans, étudiant, à Saint-Hilaire du Harcouet, est soigné par le Docteur Hamon pour de la tuberculose pulmonaire. La maladie a débuté, il y a 5 ans, par une bronchite généralisée qui depuis n'a jamais guéri et présentait des lésions prédominantes aux deux sommets. L'on note en effet au sommet droit une induration très nette et à gauche la présence de petites cavernes. L'examen bactériologique des crachats a révélé la présence de bacilles de Koch.

La médication antituberculeuse de Doyen est commencée le 23 juillet 1910. Le malade a reçu 19 injections. Voici quelles sont les conclusions de son médecin traitant : « L'état actuel est meilleur; les lésions des sommets sont rétrocédés à droite, la respiration est encore rude à gauche, les signes cavitaires ont disparu, et à la fin du traitement, la respiration a cessé d'être rude ».

Tuberculose pulmonaire au 3e degré. — Amélioration.

M. P..., âgé de 24 ans à Douarnenez, est soigné par le Docteur Parent pour des lésions de tuberculose pulmonaire qui ont débuté en février 1908. Actuellement, il présente des signes de ramollissement au niveau du sommet gauche, et depuis février 1910, on constate l'apparition progressive des signes cavitaires.

La médication phagogène est commencée le 16 juillet 1910. Après avoir reçu 20 injections sous-cutanées, le médecin nous donne les renseignements suivants :

« Mon malade a reçu 20 injections sous-cutanées et je tiens à vous faire remarquer que j'ai constaté une amélioration notable de l'état général, une diminution considérable de l'expectoration ; la courbe de la température a baissé et mon malade a augmenté de 4 livres en deux mois ».

Tuberculose pulmonaire au 3e degré. — Pyrexie rebelle. — Médication antituberculeuse de Doyen. — Amélioration.

Mme F..., âgée de 30 ans, ménagère à Douai, est soignée par le Docteur Paquet pour des lésions de tuberculose pulmonaire au 3e degré. La maladie a débuté, il y a 4 ans. La malade a paru guéri 6 mois après; mais à la suite d'une grossesse, elle présenta une nouvelle poussée de tuberculose. Une pleurésie tuberculeuse des deux sommets se déclara, et la malade fit de la pleurésie droite. L'état général était des plus médiocres. L'examen bactériologique des crachats avait révélé la présence de bacilles de Koch. L'on pouvait constater l'existence d'une caverne volumineuse au sommet droit, au moment où la médication phagogène fut instituée, c'est-à-dire le 2 août. La malade reçoit 12 injections sous-cutanées. Le médecin traitant nous écrit : « Grâce à la médication phagogène, on peut constater une diminution considérable de l'abondance de l'expectoration, la fièvre qui était persistante depuis plusieurs mois a diminué pour devenir normale après la 12e piqûre ; ma malade a augmenté de poids ».

Tuberculose pulmonaire au 3e degré. — Médication phagogène. — Amélioration.

M. B..., âgé de 34 ans, mécanicien, est soigné par le Docteur Laffite, 17, rue Lacharrière. Le malade présente des lésions de tuberculose au 3e degré. La maladie a débuté en mars 1909 et avant le traitement, l'on pouvait constater une expectoration très abondante et la présence au sommet droit d'une caverne de la grosseur d'une orange.

La médication phagogène est commencée le 8 août. Après avoir administré 12 injections sous-cutanées, le médecin traitant nous écrit : « Je constate que, grâce à la médication phagogène, mon malade a augmenté de poids, la caverne persiste, mais néanmoins je constate un meilleur état général ».

CLINIQUE VÉTÉRINAIRE

Traitement de la pneumonie chez le cheval par la méthode phagogène de Doyen.

Par M. Lavigne, Vétérinaire
Neuilly-sur-Seine.

Pneumonie infectieuse. — Médication phagogène. — Guérison en 48 heures.

M. C..., de Courbevoie, m'amène le 11 novembre sa jument grise âgée de 7 ans qui est atteinte depuis 3 jours d'une pneumonie infectieuse particulièrement grave. La température était de 41°,6. L'on constatait une respiration soufflante au niveau du poumon gauche et au niveau du poumon droit. Je fais procéder immédiatement à un nettoyage minutieux du flanc droit et j'injecte 50 centimètres cubes de solution injectable. Le lendemain, la température était de à 40° 5, et le 13 novembre, elle était devenue normale.

Le 19 novembre 1909, la jument reprenait son travail.

Pneumonie d'écurie. — Médication phagogène. — Guérison en 9 jours.

Le 27 octobre 1910, je suis appelé par M. D..., rue Perronet, pour soigner son cheval alezan âgé de 6 ans. L'animal à la suite d'un couronnement et malgré les applications nombreuses de vésicatoires est resté 20 jours à l'écurie. Il y a attrapé une pneumonie dont les caractères au moment de mon examen sont indiscutables.

La respiration est haletante. L'animal est dyspnéique; les deux poumons semblent atteints au même degré. La situation est particulièrement critique.

Je procède immédiatement à l'injection sous-cutanée de 50 centimètres cubes de la solution phagogène. La température qui était à ce jour de 41° persiste le 28 et le 29. Elle est le matin de 40° 5 et le soir de 40°,8.

Voyant que les symptômes ne semblaient pas s'amender, je juge nécessaire le 30 octobre de faire une seconde injection de 50 centimètres cubes. Le lendemain, la température tombe à 39° et le 1er novembre, elle était devenue normale.

Pneumonie infectieuse. — Médication phagogène. — Guérison.

M. J... habitant rue Jacques Duhl, me fait appeler le 20 juillet 1910 pour soigner sa jument baie âgée de 9 ans qui est atteinte d'une pneumonie infectieuse depuis deux jours. L'appétit a complètement disparu. Il présente 47 respiration. La température est de 41°, 3. Je pratique immédiatement une injection de 50 centimètres cubes de solution phagogène dans le flanc droit. La température persiste pendant 3 jours. Le 23 juillet, le thermomètre montait encore à 40°,3. Aussi je juge nécessaire de pratiquer une seconde injection de 40 centimètres cubes.

Deux jours après, la température était redevenue normale, et dès lors, la guérison s'est achevée très rapidement.

Année Scolaire 1910-1911

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

SEMESTRE D'HIVER

COURS DE PERFECTIONNEMENT

POUR LES ÉTUDIANTS ET LES DOCTEURS EN MÉDECINE

Par M. DOYEN

1re SÉRIE. **Cours privé de Thérapeutique Chirurgicale**

Démonstrations d'Anatomie Topographique et de Technique Opératoire

Ce Cours comprendra 15 leçons et aura lieu chaque jour, les Samedis et Dimanches exceptés, du 14 Novembre au 2 Décembre 1910 inclusivement, à 6 heures du soir, à l'Hôtel des Sociétés Savantes, 8, Rue Danton.

2me SÉRIE. **Cours privé de Thérapeutique Médicale**

La médication de l'Immunité par la méthode phagogène combinée à la vaccination spécifique. Application des découvertes récentes de l'Immunité à la Thérapeutique des maladies infectieuses et chroniques.

Ce Cours comprendra 6 leçons et aura lieu, chaque jour, du 5 au 12 Décembre, Samedi et Dimanche exceptés, à 6 heures du soir, à l'Hôtel des Sociétés Savantes, 8, Rue Danton.

1RE SÉRIE

Cours d'anatomie chirurgicale de M. Doyen.

Devant un auditoire de 800 à 900 personnes, M. Doyen a fait son second cours d'Anatomie à l'Hôtel des Sociétés Savantes.

Ce cours, grâce aux nouveaux dispositifs imaginés par M. Doyen, remplit une lacune de l'enseignement.

Jusqu'ici il n'existait qu'un seul appareil, imaginé par la maison Zeiss, il y a une dizaine d'années, et qui permettait de projeter sur un écran lumineux, d'un appareil placé dans la salle au milieu des spectateurs, l'image d'un objet opaque.

Les rayons lumineux d'une lampe à arc étaient envoyés sur l'objet opaque par l'intermédiaire d'un ou deux miroirs, l'objet était placé horizontalement et l'image de l'objet, recueillie par un objectif photographique, était renvoyée sur l'écran

par l'intermédiaire d'une glace à 45°. L'objectif du plus long foyer avait un foyer de 31 centimètres et l'ouverture de l'objectif était de 1/9.

L'éclairement de l'image projetée sur l'écran était peu intense et on ne pouvait pas projeter une image de plus de 10 centimètres de côté. En outre, le champ de l'objectif était tellement aplanétique qu'il était impossible par exemple de projeter l'image de la main ou d'une pièce anatomique, car dès que l'on mettait au point la surface du dos de la main, par exemple, il était impossible de distinguer une épaisseur quelconque.

Si l'on projetait des poissons dans un cristallisoir très plat, il était impossible de voir l'ensemble du contenu du cristallisoir.

Cet appareil existe depuis plusieurs années à la Faculté de Médecine; il a été acheté sur la demande du Professeur Nicolas et du Professeur Prenant, qui voulaient apporter à leur enseignement tous les perfectionnements connus.

D'autre part, les dissections anatomiques ont toujours déformé les pièces, parce que les pièces sont rarement bien fixées et les fixateurs ordinaires font perdre aux tissus leur couleur naturelle.

M. Doyen, dans ses opérations si nombreuses, s'est rendu compte que l'anatomie réelle d'un homme vivant, diffère tellement de l'anatomie enseignée dans les livres, que celle-ci peut souvent conduire un jeune chirurgien à des erreurs regrettables. Il a donc cherché un moyen de démontrer l'anatomie chirurgicale réelle, c'est-à-dire d'enseigner l'anatomie de tous les organes en place, tel qu'on les découvre dans la salle d'opérations.

L'enseignement actuel de l'anatomie est l'enseignement d'une anatomie à deux dimensions c'est-à-dire en surface et encore les deux dimensions sont-elles inexactes par suite du déplacement de tous les organes, des vaisseaux et des nerfs, déplacement qui résulte des manœuvres de dissection.

Quant à la troisième dimension : la profondeur, elle est complètement dénaturée par la dissection. Elle n'existe même pas dans l'enseignement actuel, à ce point que toutes les données de la topographie profonde des viscères et de leur projection sur la peau ou sur les parois des cavités viscérales sont inexactes, aussi bien la topographie du cervelet et du bulbe que celle des scissures pulmonaires, de la rate, du foie et du gros intestin.

Pour remédier à cette insuffisance de l'enseignement de l'anatomie chirurgicale, il fallait :

1° Imaginer un nouveau procédé de fixation qui permette de durcir tous les organes dans leur situation normale en même temps que leur couleur serait à peu près conservée.

2° Imaginer un dispositif qui permette de faire, comme en géométrie descriptive, la description de toutes les régions d'après divers plans repérés suivant la verticale et l'horizontale, c'est-à-dire des plans du corps humain aussi précis que les plans d'un édifice.

Les plans d'une maison s'examinent d'abord sur le plan vertical frontal, la façade, ensuite sur le plan vertical-latéral et enfin suivant les plans horizontaux parallèles, qui sont les plans de chaque étage.

Après avoir imaginé un procédé de durcissement et de fixation des tissus humains avec conservation presque intégrale de la couleur, M. Doyen et son collaborateur M. Bouchon, ont imaginé un dispositif spécial : une scie à ruban très puissante et d'une taille spéciale, mue par un moteur électrique de 6 chevaux

et une table à guides parallèles avec des volets disposés de telle manière que les sections puissent être faites avec une précision absolue.

Tandis qu'autrefois, on ne faisait que des coupes de sujets congelés, coupés par des procédés très défectueux, et qui perdaient leur aspect dès que les tissus se ramollissaient par suite du dégel, il est ainsi devenu possible d'obtenir des sections précises, nettes, et qui peuvent se conserver en gardant les couleurs nécessaires pour la démonstration.

Chaque sujet est ensuite débité ou en coupes frontales, ou en coupes sagitales, ou en coupes de tronçonnage.

Ces coupes peuvent se conserver plusieurs années, et on y peut lire l'anatomie précise et véritablement chirurgicale du corps humain.

Possédant ces pièces, uniques jusqu'ici dans la science, M. Doyen a imaginé un dispositif entièrement inconnu jusqu'alors et qui lui permet de projeter sur l'écran lumineux avec un agrandissement considérable, les coupes entières d'un sujet et d'une étendue de 40 centimètres de côté, soit 20 à 25 décimètres carrés.

En outre, grâce au dispositif optique employé par M. Doyen, les projections montrent les coupes dans une grande profondeur.

M. Doyen a imaginé un autre dispositif qui lui permet de redresser l'image sur l'écran lorsqu'il est impossible de renverser l'objet éclairé. Ces dispositifs permettent :

1° De démontrer à plus de 1.000 élèves d'un seul coup des détails que 5 ou 6 d'entre eux à peine pourraient voir très mal dans la salle de dissections. En effet, les pièces ont conservé leur couleur, et elles sont agrandies, pour la démonstration, 10 ou 20 fois, avec une grande netteté.

2° Le même dispositif permet au collaborateur de M. Doyen de faire, sous les yeux de 1.000 ou 1.500 auditeurs des dissections extemporannées des pièces, dissections que tout le monde suit sur l'écran lumineux.

3° Le même dispositif permet de faire devant les 1.000 ou 1.500 auditeurs des démonstrations complètes de la technique de la plupart des grandes opérations, détails qu'il est impossible également de montrer dans les amphithéâtres actuels où les élèves doivent apprendre ces détails de technique non pas du Professeur, qui serait insuffisant à les enseigner à tous à la fois, mais d'aides subalternes qui sont loin d'avoir les capacités nécessaires.

Programme du Cours d'Anatomie chirurgicale du Docteur Doyen.

Nous publions dès aujourd'hui le programme détaillé de ce cours que le Docteur Doyen recommencera pendant le semestre d'été.

Nous publierons dans le prochain numéro le compte-rendu du cours de thérapeutique médicale, sous presse actuellement *l'Immunité en six leçons*, Maloine, éditeur.

Première leçon (Lundi 14 novembre 1910).

Anatomie. — Parois du crâne. — Encéphale. — Apophyse mastoïde.

Opérations de crâniectomie par le procédé du Docteur Doyen.
Evidement de la mastoïde.
Projection de 46 coupes.

Deuxième leçon (Mardi, 15 novembre 1910).

Anatomie. — La face. — Sinus de la face. — Cavité buccale. — Langue et naso-pharynx.

Opérations :
Démonstration.
Extirpation du maxillaire supérieur.
Ablation de l'œil.
Projection de 28 coupes.

Troisième leçon (Mercredi, 16 novembre 1910).

Anatomie. — Région pharyngée. — Région du corps thyroïde. — Œsophage et trachée cervicales.

Opérations : Extirpation du corps thyroïde.
Extirpation du larynx.
Œsophagotomie externe.
Projection de 30 coupes.

Quatrième leçon (Jeudi. 17 novembre 1910).

Anatomie : Région carotidienne. — Loge sus-claviculaire. — Région de la nuque.

Opérations : Suture latérale de la veine jugulaire interne.
Ligature de la carotide externe.
Ligature de l'artère linguale.
Ligature de l'artère occipitale.
Laminectomie cervicale.
Projection de 20 coupes.

Cinquième leçon (Vendredi, 18 novembre 1910).

Anatomie : Thorax. - Paroi thoracique. — Région pulmonaire. — Région pleurale.

Opérations : Résection costale avec la rugine costotome.
Abord d'une pleurésie inter-lobaire droite après résection d'une portion des 5e et 6e côtes sur la ligne axillaire antérieure.
Procédé d'hémostase dans le cas de perforation du poumon.
Projection de 45 coupes.

Sixième leçon (Lundi, 21 novembre 1910).

Anatomie : Thorax. — Médiastin. — Médiastin supérieur. — Médiastin moyen. — Médiastin inférieur.

Opérations : Chirurgie du cœur.
Thoracotomie à charnière externe permettant l'abord de la région cardiaque
Suture d'une plaie perforante du ventricule antérieur.
Projection de 42 coupes.

Septième leçon (Mardi, 22 novembre 1910).

Anatomie : Pyramide axillaire. — Aisselle. — Bras. — Coude. — Avant-bras. — Poignet. — Main.

Opérations : Ligature de l'artère axillaire.
Ligature de l'artère humérale.
Recherche du nerf radial dans la gouttière de torsion.
Ligature de l'artère radiale dans la tabatière anatomique.
Amputation du hras.
Désarticulation dn conde.
Amputation des phalanges.

Projection de 38 coupes.

Huitième leçon (Mercredi, 23 novemhre 1910).

Anatomie : Abdomen. — Paroi abdominale. — Région herniaire.

Opération d'une hernie omhilicale,
d'une hernie ingninale voluminense.

Projection de 24 coupes.

Neuvième leçon (Jendi, 24 novembre 1910).

Anatomie : Loge gastrique. — Intestin grêle — Gros Intestin. — Appendice.

Opérations : Entérectomie et entéro-anastomose.
Appendicectomie.

Projection de 32 coupes.

Dixième leçon (Vendredi, 25 novembre 1910).

Anatomie : Loge hépatique. — Loge splénique.

Opérations : Ahord trans-pleuro-diaphragmatique de la face convexe du foie.
Extirpation d'un calcul de la vésicule hiliaire.

Démonstration de 55 coupes.

Onzième leçon (Lundi, 28 novemhre 1910).

Anatomie : Région rétro-péritonéale. — Loge pancréatique. — Région duodénale — Loge rénale. — Uretere abdominal.

Opérations : Néphrectomie lomhaire.
Néphrotomie.
Extirpation de l'uretère abdominal.

Démonstration de 44 coupes.

Douzième leçon (Mardi, 29 novembre 1910).

Anatomie : Région pelvienne et périnéale chez l'homme.

Opérations : Cystostomie.
Extirpation d'un calcul de la vessie.

Démonstration de 32 coupes

Treizième leçon (Mercredi, 30 novembre 1910).

Anatomie : Cavité pelvienne chez la femme. — Ligament large. — Région salpingo-ovarienne.

Opérations : Hystérectomie vaginale.
Réparation d'une fistule vésico-vaginale.
Démonstration de 30 coupes.
Démonstration de 25 pièces d'anatomie pathologique.
(Fibromyones ntérins. — Trompes kystiques. — Tnmeurs malignes ovariennes ou ntérines).

Quatorzième leçon (Jendi, 1er décembre 1910).

Anatomie : Périné chez la femme. — Organes génitaux externes. — Cavité vaginale.

Opérations : Périnéorhaphie.
Démonstration de 22 conpes

Quinzième leçon (Vendredi, 2 décembre 1910).

Anatomie : Membre inférieur : hanche, cuisse, genou, jambe, pied.

Opérations : Ligature de l'artère fémorale.
Ligature de l'artère poplitée.
Ampntation de la cuisse.
Désarticulation tibio-tarsienne.
Astragalectomie.
Extirpation d'nn orteil.
Démonstration de 55 pièces.

IXe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Résultats cliniques du traitement de la tuberculose pulmonaire par la méthode phagogène de Doyen.

13 au 15 octobre 1910.

RAPPORT DU Dr CONIL

Messieurs,

Le début du traitement de la tnberculose pulmonaire par la méthode phagogène de M. Doyen date de Novembre 1908. Ce début fut modeste et prndent. Je ne mis en traitement, tout d'abord, que quelques malades condamnés à bref délai. En ayant vu, avec surprise, plnsieurs s'améliorer, j'appliquai la même méthode à des sujets moins compromis. Cette seconde série me donna toute satisfaction, et M. Doyen ayant obtenn en même temps, de bons résultats dans d'antres maladies infectienses, put faire part de ses espérances an Congrès de Buda-Pesth, en

octobre 1909. Depuis, j'ai continué à appliquer ce traitement avec un succès croissant et, en juin dernier, nous pouvions présenter sur 53 cas traités depuis novembre 1908, une série de 31 malades en état de guérison apparente, dont plusieurs étaient mourants au début du traitement.

Cette statistique est encore vraie aujourd'hui. Tous ces malades ont été sauvés depuis, sauf un seul, et ces résultats se sont maintenus.

Depuis le 29 juin, date à laquelle le Docteur Doyen a fait connaître son traitement de la tuberculose par la méthode phagogène, j'ai traité 206 nouveaux cas dont 195 pour de la tuberculose pulmonaire. Les malades ont été soignés à ma clinique particulière, 20 rue Vintimille.

Tous ces malades étaient atteints de tuberculose pulmonaire à différents degrés. Ils ont été soignés par moi-même. Je les ai examinés régulièrement deux fois par semaine, en consignant avec soin sur ce registre les modifications des symptômes observés au cours du traitement.

Grâce à cette méthode rigoureuse, j'ai pu établir d'une façon précise dans ce rapport les résultats cliniques du traitement de la tuberculose pulmonaire et de ses complications par la méthode phagogène de M. Doyen.

Pour faciliter l'exposition de mes résultats, je considère la tuberculose pulmonaire à trois périodes : la première, de congestion, d'induration, d'hépatisation, caractérisée par la rudesse respiratoire et des craquements secs; la seconde de ramollissement et de fonte pulmonaire, avec des craquements humides; la troisième, de destruction, avec caverne et gargouillements.

Voici la statistique rigoureusement exacte :

J'ai traité 69 malades du premier degré dont 47 sont actuellement en état de guérison apparente avec reprise de travail pour ceux qui l'avaient quitté et disparition de tout signe stéthoscopique. Les 22 autres sont tous améliorés et en voie de guérison. Pas un seul malade de cette catégorie n'a vu son état s'aggraver.

Au second degré, j'ai soigné 111 malades; 29 sont guéris en apparence, avec état entièrement bon et disparition de tout signe physique; 76 sont en amélioration manifeste et la plupart en voie de guérison : 5 sont stationnaires; un seul est mort.

Enfin, 25 avaient atteint la troisième période. 9 sont morts, 4 sont stationnaires, 10 sont améliorés et en voie de guérison, puisque les cavernes sont cicatrisées, et 2 sont guéris en apparence.

Parmi ces tuberculeux pulmonaires, 14 étaient atteints de laryngite tuberculeuse, 6 ont recouvré la voix, 3 sont très améliorés; sur 7 ostéites fistuleuses, 3 sont cicatrisées et 4 en voie de guérison; 3 adénites tuberculeuses sont guéries et 2 lupus sont en voie d'amélioration. Je dois ajouter enfin 11 cas d'entérite rebelle, qui ont rapidement cédé au traitement.

Voilà les chiffres; il convient de les reprendre en détail pour en tirer les renseignements qu'ils comportent.

Tout d'abord, j'ai pris soin de noter mes observations non sur des feuilles volantes, entre lesquelles on peut choisir, mais sur des registres paginés. Chaque malade a sa page et un contrôle rigoureux est facile pour tous ceux d'entre vous que la chose intéresse. C'est là une garantie de sincérité absolue.

Je fais encore remarquer qu'il s'agit pour ces 206 derniers cas, d'observations datant de trois mois à peine, dont plus de la moitié même, datent de six semaines ou un mois. Donc, quand je prononce le mot de malades en voie de guérison, je

ne puis parler que d'une espérance, d'une situation encore précaire. Les observations doivent être continuées pour aboutir à une statistique ultérieure.

Dans un an, je feuilleterai de nouveau mes registres devant vous pour vous dire ce que les cas améliorés d'aujourd'hui seront devenus. Pour le moment, je considère comme améliorés et même guéris, les malades qui ont retrouvé la complète apparence de la santé, qui sont revenus à leur poids antérieur, ceux qui ont repris leurs occupations et sont rentrés sans fatigue dans leur vie normale, après la disparition des symptômes et des signes d'auscultation.

Ceci dit, je constate et puis affirmer que la *totalité* des malades du premier degré peut être amenée à cette guérison apparente par le traitement phagogène de Doyen : sur 69 cas traités, 47 résultats probants ; les 22 autres sont des malades en traitement depuis moins de six semaines ; ils vont tous mieux et pourront devenir guéris, comme les autres soignés depuis plus longtemps. Il n'y a pas eu d'exception ; pas un seul de ces malades n'a vu son état s'aggraver, comme cela se serait produit par la seule évolution de la maladie ; tous sont guéris ou en voie de guérison, et leur nombre est assez important pour qu'on puisse considérer le traitement comme efficace à cette période de début.

Nous voyons ensuite que, sur un total général de 206 malades, 111, soit plus de la moitié, se sont présentés alors qu'ils étaient déjà atteints de ramollissement pulmonaire, prélude de la destruction de l'organe. C'est à cette période que le malade inquiet de la persistance de sa bronchite, constatant l'échec des traitements habituels, prend peur et s'adresse au spécialiste, après avoir déjà perdu un temps précieux. Ce retard, si préjudiciable, n'est pas toujours la faute du malade, auquel trop souvent on cache son état par crainte de l'effrayer : si on le lui apprenait dès le début, en lui montrant en même temps, les tableaux ci-dessus, il n'hésiterait pas à se soigner alors qu'il peut figurer dans la première colonne, où tous les cas sont des succès. La seconde période reste encore favorable dans l'ensemble, puisque, sur 111 malades, le traitement n'a échoué complètement que six fois. Mais sur ces 111 cas, 29 seulement paraissent guéris, soit à peine le quart, tandis qu'il y en a plus des deux tiers pour les cas traités au premier degré. 76 autres cas sont améliorés en moins de deux ou trois mois et la plupart continueront à s'améliorer, mais à cette seconde période, la maladie cède moins facilement. Les 6 insuccès dont un seul cas de mort, c'est peu comparativement aux résultats des autres traitements, qui empêchent rarement le malade d'arriver à la troisième période. Je crois d'ailleurs que ces malades, soignés plus tôt, eussent été certainement sauvés.

A la troisième période, la guérison est encore possible, puisque, sur 25 malades, j'ai, en trois mois, 2 cas en voie de guérison, 10 en voie d'amélioration, dont 6 sont favorables. C'est encore une proportion énorme de succès, sur des sujets, qui étaient tous condamnés avant le commencement du traitement.

Mon étude ne s'est pas bornée à la tuberculose pulmonaire ; elle s'est étendue également à toutes les autres formes de bacillose : entérites, adénites suppurées, ostéites, fistules, laryngites. Voici les résultats :

Les entérites, au nombre de 11, ont été guéries toutes sans exception en un temps relativement court qui n'a jamais dépassé quinze jours, quelle que fût l'ancienneté de l'affection. Il convient toutefois, de préciser que ces guérisons concernent des entérites vraies, compliquant la tuberculose chez des malades

encore valides, et non la diarrhée séreuse qui apparaît souvent in extremis quand les malades n'ont plus que quelques jours à vivre.

Les ostéites, fistules osseuses ou anales, au nombre de 7, ont déjà donné 3 guérisons complètes et 4 améliorations considérables, faisant présager une guérison prochaine et je crois que tous les cas de ce genre donneront des succès. Je n'ai guère soigné, pour ainsi dire incidemment, que des cas où la fistule existait comme complication de la tuberculose pulmonaire, mais le traitement de Doyen donnerait certainement de grands succès à ceux de nos confrères qui s'occupent spécialement de ces affections et je le crois destiné à faire une entrée triomphale dans la thérapentique de la tuberculose osseuse.

J'en dirai autant des adénites, cervicales, sous-maxillaires, inguinales, qui, toutes sans exception, ont disparu complètement en quelques semaines. Le nombre des cas traités a été de 11, sans un seul insuccès.

Les laryngites tuberculeuses ont été au nombre de 14 : 6 sont guéries avec retour intégral de la voix; 3 sont améliorées et guériront par la suite; 2 n'ont pas été modifiées; 3 malades atteints de laryngite sont morts. Cette laryngite coïncidait avec des lésions de tuberculose pulmonaire à la troisième période, et ces trois décès figurent dans les 10 du tableau. Si on considère que cette forme de tuberculose est réputée la plus incurable de toutes, on conviendra que ces résultats sont excellents.

Enfin, deux lupus sont en état d'amélioration manifeste, mais je n'en parle que pour mémoire.

Je suis le seul qui ait appliqué le traitement de Doyen à un nombre de malades atteints de tuberculose pulmonaire aussi important. J'ai déjà dit que l'expérience remonte à deux ans. Cette expérience déjà longue me permet de donner à mes confrères quelques indications utiles sur le mode d'application. Sans doute, les ampoules de liquides phagogènes sont accompagnées d'instructions précises, mais il ne s'agit et ne peut s'agir dans ces instructions que d'une moyenne de tolérance qui ne s'applique pas également à tous les sujets, de sorte que le médecin qui s'y conformerait à la lettre sur tous les malades indistinctement, s'exposerait à quelques mécomptes.

Ce traitement comporte un certain nombre de réactions qu'il faut connaître et attendre pour juger leur valeur véritable et agir en conséquence. Il y a d'abord la réaction du début qui se produit dès les premières piqûres, et qui consiste en fatigue, courbature, dépression générale, parfois un peu de fièvre. Cette réaction n'est pas constante. Elle manque souvent, et quand elle se produit, elle varie beaucoup d'intensité d'un sujet à l'autre. On ne peut pas dire non plus quel est celui des trois liquides qui la provoque le plus souvent, car elle se produit indifféremment, après l'injection de l'un ou de l'autre. Elle semble ainsi liée à une modification réactionnelle de l'organisme qui se produit petit à petit.

Cette réaction dure peu. Au bout de trois ou quatre jours, la fatigue a disparu, et le malade entre dans la période de relèvement. L'action du traitement est alors très rapide. La règle presque constante est que, vers la sixième piqûre, c'est-à-dire après vingt jours, le malade accuse un mieux sensible, se sent plus fort, mange mieux; l'état général est en grand progrès. Dès cette époque, pour les malades du premier degré, les craquements secs ont déjà disparu, et l'expectoration a diminué, devenant blanche et mousseuse. Les choses vont ainsi pendant encore trois ou quatre semaines; l'amélioration s'accentuant toujours, lors-

que vers la douzième ou quinzième piqûre apparaît une nouvelle réaction, beaucoup plus intense que la première, et qui, si on n'est pas averti, ferait croire à une rechute ou à une poussée aiguë. Le malade est déprimé, perd l'appétit, tousse ou crache davantage; il a souvent de la fièvre; il est parfois même obligé de s'aliter, présentant toutes les apparences d'une rechute. Cependant, si vous l'auscultez, vous constatez que les signes d'auscultation qui avaient disparu ou diminué ne se sont pas reproduits, et que l'amélioration constatée dans l'état local se maintient. Laissez alors reposer le malade, soit en suspendant le traitement pendant quelques jours, soit en injectant simplement du sérum physiologique, et en moins d'une semaine, vous le verrez revenir à l'état très amélioré où il était avant cette réaction. En interprétant ces phénomènes d'après la théorie phagocytaire de Doyen, on peut penser qu'il s'agit d'une crise de saturation, les phagocytes s'étant vu imposer un travail excessif et ayant besoin de repos.

Ce qui confirmerait cette opinion, c'est que cette réaction secondaire et tardive est beaucoup plus constante que celle du début. Celle-ci manque dans une bonne moitié des cas, quand le malade est en état de fournir sans fatigue le surcroît de phagocytose que le traitement provoque chez lui. A la seconde, presqu'aucun malade n'échappe, parce que, pour tous, arrive un moment où ils ont donné ce qu'ils pouvaient et où la limite est atteinte. Persister à ce moment serait imposer à l'organisme une fatigue excessive; il faut, au contraire, lui donner le repos dont il a besoin, et qui, comme je l'ai dit, n'est pas de longue durée, puisque le plus souvent, au bout d'une semaine, on peut reprendre le traitement régulier. Les phénomènes s'amendent et la guérison reprend son cours, pour ne plus s'arrêter, car je n'ai jamais vu une troisième réaction se produire.

Le très grand nombre de malades traités par la méthode de Doyen, sans aucun accident, prouve que la tuberculine est efficace et complètement inoffensive lorsqu'on combine les injections à celle des colloïdes phagocytogènes de Doyen, et à la condition de ne pas dépasser la dose de trois à cinq centièmes de milligramme par injection et de ne pas dépasser cette dose que tous les 10 à 15 jours. La durée moyenne du traitement d'un malade ordinaire au deuxième degré étant de trois à quatre mois, c'est donc de trente à quarante milligrammes *en tout* que comporte ce traitement. En ne dépassant pas ces doses, en laissant reposer le malade quand il donne des signes de saturation et de fatigue, le succès est à peu près constant et on observe aucun accident. Je n'ai jamais vu aucun cas d'anaphylaxie ni rien qui y ressemble et le patient n'est pas plus éprouvé par les injections à la tuberculine que par les injections des colloïdes phagocytogènes.

Ce traitement, toutefois, exige une surveillance journalière du malade, une attention soutenue et une certaine expérience, de la part du médecin qui l'applique. Mais ceux qui l'adopteront auront, vite acquis cette expérience, et leur nombre s'accroîtra sans cesse par l'évidence et l'excellence des résultats.

CRÉATION D'UN DISPENSAIRE

par le Dr Doyen.

14, rue du Commandant Marchand

Les malades sont examinés par les assistants du docteur Doyen.

Chaque malade, après examen, est inscrit sur nn registre spécial, avec les indications dn traitement à snivre.

Les radiographies, les examens hactériologiques et les analyses sont faits dans les laboratoires du docteur Doyen, rue Piccini.

Le traitement du docteur Doyen pour les maladies infectienses, la tuherculose y compris l'avarie devant être fait en même temps dans quatre quartiers différents de la ville, les malades ponrront se rendre facilement à l'un ou l'autre dispensaire, sans avoir à faire un trop long parcours.

Des consultations dn soir seront organisées s'il y a lien pour les malades qni ne pourraient pas venir dans le jour.

Actuellement les consnltations ont lieu de 9 heures à 11 heures du matin et de 3 à 6 heures dn soir, tous les jours, le dimanche excepté.

Les injections se font deux fois par semaine.

Le Gérant : Ernest Dessaint.

Coulommiers. — Imp. Dessaint et Cie



Phlegmon latéro-pharyngien gauche.
Incisions pré et rétro-mastoïdiennes. Trachéotomie.
Guérison rapide par les injections de colloïdes phagogènes.



Lupus tuberculeux de la face.
Erythème violacé produit sous l'influence
d'une première injection de tuberculine (Phénomène de Koch).



Furoncles multiples de la nuque chez un diabétique.



Idem. — Traitement par les colloïdes phagogènes de doyen.
(5 jours après. Guérison)

Coulommiers. — Imprimerie Dessaint et Cie